



MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT
MH EK Honvédkórház Gyakorló Kórház

Nytsz.: / / 202 .
(Válasz esetén kérjük a Nytsz. számot feltüntetni!)

..... sz. pld.

BEFOGADÓ NYILATKOZAT B-O-16

/a **175/2007. (VI. 30.)** egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről szóló **Korm. rendelet értelmében nem igényjogosult és területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosított felvételéhez/**

A MH EK Honvédkórház osztálya, szakrendelése

A beutaló orvos neve: /orvosi pecsét száma:
címe: tel és fax.....
megkeresés időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):/
kérésére **vállalja**, hogy

A beutalt biztosított beteg neve:

Születés ideje: (év, hó, nap);

TAJ száma: EU egészségbiztosítási kártya száma:.....

Lakcíme:

Tartózkodási címe:

A beutalás szerint tervezett (megfelelő aláhúzendó)

járó - fekvő –

szakellátás során tervezett vizsgálat/kezelés/műtét/beavatkozás megnevezése, a felvétel oka, melyhez a jelen befogadó nyilatkozatot kéri:

202..... felvételi időponttal fogadja és nevezett részére az egészségi állapotának megfelelő kórházi kivizsgálást, kezelést, beavatkozást – a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek mellett -, az ellátásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően, valamint a biztosított betegnek a szakellátásra vonatkozó beleegyező nyilatkozata és kötelezettségvállalása alapján biztosítja.

A biztosított beteg köteles az osztályunkon/ambulancián/szakrendelőben és intézményünkben alkalmazott szabályokat és házirendet szigorúan betartani és ahhoz alkalmazkodni.

Jelen befogadó nyilatkozat a **217/1997. (XII. 1.) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló Korm. rendelet 3/A § (2) bekezdésében foglaltak szerint, a beutaló orvosnak a biztosított kérésére történő megkeresése alapján** került kiállításra 3 eredeti példányban.

A befogadó munkahely egyúttal nyilatkozik arról, hogy a beteg felvétele a rendelkezésre álló fekvő-beteg illetve járó-beteg kapacitás terhére történik, s a beteg ellátása nem veszélyezteti az igényjogosulti illetve területi ellátási kötelezettséggel történő betegellátást.

Budapest, 202 Javaslom/Nem javaslom Engedélyezem / nem engedélyezem

.....
Osztályvezető főorvos*

.....
GYBI/ESZI igazgató**

.....
Főigazgató
PH

Budapest, 20.....

Készült: 3 példányban

Egy példány: 1 lap

Kapják: 1. sz. példány: a beutaló orvos

2. sz. példány: a beteg

3. sz. példány: a befogadó egészségügyi szolgáltató (a **biztosított egészségügyi dokumentációja**)

***48 órán belül a beutaló orvos részére eljuttatandó!**

**** A megfelelő rész aláhúzendó!**

Székhely: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. 1380 Budapest, Pf. 1214;

Telefon: +36 1 465 1800; Fax: +36 1 340 3129; Web: www.honvedkorhaz.hu; E-mail: mh.ek@hm.gov.hu

