Betegszállítási utalvány

Beteg neve:

Született év: hó: nap:

TAJ szám:

Lakcím: **(település)** **(utca)** **(hsz.)**

Költségviselő: **OEP** ☐
A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás ☐

Egyéb ☐**: Név:** _____ **Cím:** _____

Térítési kategória		
☐ magyar biztosítás alapján végzett ellátás	☐ egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar eü. ellátásra nem jogosult személyek térítésköteles ellátása	☐ befogadott külföldi állampolgár
☐ magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása	☐ magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása	☐ menekült, menedékes státuszt kérelmező
☐ államközi szerződés alapján végzett ellátás	☐ külföldön élő magyarok közp.-i költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)	☐ elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés/közösségi szabály alapján történő ellátás

A szállítás indoka:		
☐ a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható	☐ mozgásában korlátozott, járóképtelen	☐ ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné
☐ egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát	☐ fertőzésveszély	

Diagnózis: **BNO kód:**

Honnan szállítandó:

Hova szállítandó:

Helybiztosítás: **nincs** **van:** _____

Sürgősség: 6 órán belül ☐ **– 24 órán belül** ☐ **– időre kért szállítás** ☐

Időre kért szállításnál a beérkezés időpontja: év: hó: nap: óra: perc:

Teljesítés módja: járóképes ☐ **hordszékes** ☐ **fekvő** ☐ **egyedileg** ☐ **más beteggel együtt** ☐
Kíséret igénye: **nem szükséges:** ☐ **betegkísérő** ☐

Megrendelő orvos bélyegzőszáma:

Szolgáltató neve, OEP-kódja:

A megrendelés időpontja: év: hó: nap: óra: perc:

megrendelő orvos aláírása és bélyegzője