

NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

Betegszállítási utalvány



Beteg neve:										Beteg telefonszáma:				
TAJ:					Személyazonosító típusa:					Állampolgársága:				
Születési dátum:			év		hónap			nap		Beteg neve:				
Lakcím:					település					út/utca		hsz.		
Költségviselő		<input type="checkbox"/> NEAK		<input type="checkbox"/> A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás					<input type="checkbox"/> Egyéb:					
Egyéb költségviselő címe														

Térítési kategória:

<input type="checkbox"/> magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás (O1)	<input type="checkbox"/> államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás (O3)	<input type="checkbox"/> egyéb, magyar eü. ellátásra nem jogosult személy térítésköteles ellátása (O4)
<input type="checkbox"/> fekvőbeteg részére végzett ellátás (O6)	<input type="checkbox"/> külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (O9)	<input type="checkbox"/> befogadott külföldi állampolgár (OA)
<input type="checkbox"/> menekült, menedékes státuszt kérelmező (OD)	<input type="checkbox"/> elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés/közösségi szabály alapján történő ellátás (OE)	<input type="checkbox"/> harmadik országbeli állampolgár ellátása (OH)
<input type="checkbox"/> Magyarország területén tartózkodó beteg, más forrásból meg nem térülő sürgős ellátása (OS)	<input type="checkbox"/> uniós beteg részére, határon átnyúló eü.-i ellátás keretében végzett ellátás (OT)	<input type="checkbox"/> várólista csökkentési többlet forrás terhére történő ellátás (OX)

Diagnózis (betegszállítást indokló):					BNO kód:					
Diagnózis2 (szakellátást indokló):					BNO2 kód:					
Honnan szállítandó:		Szervezeti egység kódja:								
Hova szállítandó:		Szervezeti egység kódja:								
Intézmények közötti átszállítás esetén helybiztosítás:		<input type="checkbox"/> van		Fogadó orvos elérhetősége:						

Sürgősség igénye szerint:	<input type="checkbox"/> 6 órán belül					<input type="checkbox"/> vármegyén belüli intézmények közötti 3 órán belüli							
	<input type="checkbox"/> meghatározott napon végrehajtandó					<input type="checkbox"/> időre kért szállítás							
Dátum:							Időpont:			óra			perc

Teljesítés módja:		<input type="checkbox"/> ülve		<input type="checkbox"/> fekve		<input type="checkbox"/> egyedileg		<input type="checkbox"/> más beteggel együtt		<input type="checkbox"/> különleges (150kg+)			
Beteg egészségi állapota és mobilitási képessége:		<input type="checkbox"/> önállóan vagy segítséggel – lépcsőn is – járóképes, betegkísérő nem szükséges				<input type="checkbox"/> hordszékes, betegkísérő szükséges				<input type="checkbox"/> hordágyas, betegkísérő szükséges			
14 éven aluli vagy gondnokság alatt áll, szülő vagy törvényes képviselő kíséri								<input type="checkbox"/> igen		<input type="checkbox"/> nem			
Megrendelő orvos /intézmény:		Neve:			Pecsétszáma:								
		Szervezeti egység kódja:											
Megrendelés időpontja:		év		hó		nap		óra		perc			

.....
megrendelő orvos aláírása és bélyegzője

A felvételi, vagy leadási helytől történő eltérés oka:	
--	--

.....
az eltérés okát aláírással igazolom

Továbbszállítás					Átvétel				
Intézmény neve:					A beteget szakellátóhelyen/tartózkodási címen átvettem, a szállítás megtörténtét aláírással igazolom.				
Szervezeti egység kódja:					Átvétel időpontja:				

.....
a továbbszállítást elrendelő orvos aláírása és bélyegzőjének lenyomata

.....
átvevő aláírása, ellátóhelyen történt átvétel esetén az ellátóhely, vagy az átvevő orvos bélyegzőjének lenyomata