NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ

Kúraszerű kezelésre történő betegszállítás kiegészítő utalványa

Beteg neve:																
Születési idő:					év			hó			nap					
A beteg TAJ száma vagy egyéb azonosítója:							-				-					

Lakcím:					irsz					település
						utca				házszám
Telefonszám:										

Diagnózis (betegszállítást indokló):		BNO kód:							
Diagnózis2 (szakellátást indokló):		BNO2 kód:							
Honnan szállítandó:									
	Szervezeti egység kódja:								
Hova szállítandó:									
	Szervezeti egység kódja:								

A szállítást végző szolgáltató NEAK kódja:					
A kúraszerű kezelést végző szolgálaató NEAK kódja:					

A beszállítás(ok) illetve visszaszállítás(ok)
ellátást végző gyógyintézettel egyeztetett időpontjai:

Év					hónap		

Beszállítás:								
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc

Hazaszállítás:								
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc
		nap			óra			perc

Adatlapot nem helyettesít!

.....
megrendelő aláírása és a szakellátó hely
bélyegzőjének lenyomata

AF.210