

NYILATKOZAT EU ÁLLAMPOLGÁR TÉRÍTÉSMENTES ELLÁTÁSRA JOGOSULTSÁGÁRÓL

Alulírott Európai Unió állampolgár elismerem, hogy a Jászberény „Erzsébet” Kórház és Rendelőintézet osztály/egységben kapott kezelést térítésmentesen vettem igénybe. A kezelés megkezdésekor és annak teljes időtartama alatt a térítésmentes egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem tudtam igazolni. Ezért jelen nyilatkozzatommal kötelezem magam arra, hogy 15 (tizenöt) naptári napon belül a térítésmentes ellátáshoz szükséges nyomtatványt, illetve biztosítási kártyát kitöltve fax útján és ajánlott levélben is eljuttatom a Jászberény „Erzsébet” Kórház és Rendelőintézetnek (Fax: 57/412-589, H- 5100 Jászberény, Szelei út 2.). Ugyanakkor tudomásul veszem, hogy a vállalt határidő lejárta után a kezelést nyújtó osztály/egység a költségek jogi úton történő behajtását kezdeményezi és az eljárás költségeit is rám terheli.

BETEGADATOK

Vezetéknév:.....
Utónév(1):.....
Utónév(2):.....
Születés helye:.....Születés ideje:.....
Anyja neve:
Ország:
Város:.....
Utca, házszám:

BIZTOSÍTÁSI ADATOK

Költségviselő:
Költségviselő címe:.....
Biztosítás kezdete:
Biztosítási ügyintéző elérhetősége:

Kelt, Jászberény, 200...év.....hó.....nap

Jelen okirat tartalmát az általam beszélt nyelven megismertem és megértettem. Az abban foglaltakért teljes mértékben felelősséget vállalok.

.....
beteg aláírása

Mellékletek: útlevel másolat, személyi igazolvány másolat, jogosítvány másolat (megfelelő rész aláhúzandó)

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. tanú..... 2. tanú.....

.....
(név, lakcím)

.....
(név, lakcím)

DECLARATION BY EU CITIZEN ON ELIGIBILITY TO FREE MEDICAL SERVICES

I, the undersigned citizen of the European Union, hereby acknowledge that free treatment was provided to me at the Ward/Unit of „Erzsébet” Hospital and Clinic. Neither at the beginning of, nor during, the treatment could I certify my eligibility to free medical services. Therefore, by this declaration, I undertake to send the form required for eligibility to free services or the completed insurance card through fax and by registered mail to the Ward/Unit of „Erzsébet” Hospital and Clinic, at which the services had been provided to me (Fax: +36/57/412-589, H-5100 Jászberény, Szelei út 2.), within fifteen (15) calendar days. At the same time I acknowledge that after the specified deadline expires the ward/unit providing the services will institute an action for the collection of the costs by legal means and that the costs of the procedure will be charged on me.

PATIENT INFORMATION

Family name:.....
First name:
Middle name:
Place of birth:Date of birth:
Mother’s name:.....
Country:
City/Town:
Street/House number:

INSURANCE INFORMATION

Bearer of costs:
Address of the bearer of costs:
Insurance valid from:
Contact data of the insurance administrator:

Dated at Jászberény, (day).....(month).....(year)

I have been informed of, and understood, the content of this document in the language I speak. I undertake full liability for its content.

.....
patient’s signature

Enclosures: a copy of the passport, a copy of the identity card, a copy of the driving licence (to be underlined as applicable)

Before us as witnesses:

Witness 1:..... Witness 2:.....
.....
(name, address) (name, address)

ÜBER DIE BERECHTIGUNG ZUR KOSTENLOSEN VERSORGUNG EINES STAATSANGEHÖRIGEN DER EU

Ich, unterzeichneter Staatsangehöriger der Europäischen Union, erkenne an, dass ich die auf der Station/in der Einheit des „Erzsébet“ Krankenhauses und Poliklinik Jászberény erhaltene Behandlung kostenlos in Anspruch genommen habe. Ich konnte bei Beginn der Behandlung und während ihrer ganzen Dauer die Berechtigung zur kostenlosen Versorgung durch das Gesundheitswesen nicht nachweisen. Deshalb verpflichte ich mich mit der vorliegenden Erklärung, dass ich innerhalb von 15 (fünfzehn) Tagen das zur kostenlosen Versorgung erforderliche Formular bzw. die Versicherungskarte ausgefüllt per Fax und auch im Einschreiben der die Versorgung leistenden Station/Einheit des „Erzsébet“ Krankenhauses und Poliklinik Jászberény (Fax: +36/57/412-589, H-5100 Jászberény, Szelei út 2.) zukommen lasse. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass die Station/Einheit, von der ich behandelt wurde, nach Ablauf der übernommenen Frist das Eintreiben der Kosten auf dem Rechtsweg in die Wege leitet und auch die Kosten des Verfahrens mir zu Lasten legt.

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZU DER PATIENTIN:

Familienname:
Vorname (1):
Vorname (2):
Geburtsort:Geburtsdatum:
Name der Mutter:
Land:
Stadt:
Straße und Hausnummer:

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG:

Kostenträger:
Anschrift des Kostenträgers:
Beginn der Versicherung:
Erreichbarkeit der Kontaktperson der Versicherung:
Jászberény, den 200.....
Den Inhalt des vorliegenden Schriftstücks habe ich in der von mir gesprochenen Sprache kennengelernt und verstanden. Für dessen Angaben hafte ich in vollem Umfang.

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

Anlagen: Kopie des Reisepasses, Kopie des Personalausweises, Kopie des Führerscheins (der entsprechende Teil ist zu unterstreichen)

Vor uns als Zeugen:

1. Zeuge:
(Name und Wohnanschrift)
2. Zeuge:
(Name und Wohnanschrift)