

FELVILÁGOSÍTÁS
(az ellátás várható költségeiről)

Beteg neve:.....
Születési idő:év.....hó.....nap
Anyja neve:
Állampolgárság:
Lakcím:.....
Dokumentum: (útlevél, személyi igazolvány, jogosítvány, biztosítási kártya).....

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy államközi szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Kórház érvényben lévő „Egészségügyi szolgáltatások térítési díj szabályzatában foglaltak” alapján történik.

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége:..... HUF
Köszönjük, hogy kórházunkat megtisztelte bizalmával!

Jászberény, 200...év.....hó.....nap

.....
felvilágosító orvos aláírása P.H.

A fentieket tudomásul vettem, a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom.

.....
beteg aláírása

Kitöltendő 2 példányban

- példány a beteg által ismert nyelven, a beteg példánya
- példány magyarul, a betegdokumentáció része

INFORMATION
(on the estimated costs of the medical services)

Patient's name:
Date of birth:.....day.....month.....year
Mother's name:
Citizenship:
Address:
Document: (passport, identity card, driving licence, insurance card).....

Dear Patient,

The costs of medical services provided to patients having no insurance in Hungary or an interstate contract shall be borne by the patient or the patient's insurance company. The cost is calculated in accordance with the provisions of the Regulations on Payment for Health Services.

In accordance with the above the estimated cost of the medical services to be provided to You is HUF.....

Thank You for your confidence in our hospital!

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

..... L.S.
signature of the physician
providing the information

I acknowledge the above, I accept the offered treatment, I undertake to bear the costs to be incurred in the course of the services to be provided to me.

.....
signature of the patient

TO BE COMPLETED IN 2 COPIES

- a copy to the patient, in the language known by the patient
- a copy in Hungarian for the patient documentation

AUSKUNFT
(über die voraussichtlichen Kosten der Versorgung)

Name des Patienten/der Patientin:
Geburtsdatum (Tag, Monat und Jahr):
Name der Mutter:
Staatsangehörigkeit:
Dokument (Reisepass, Personalausweis, Führerschein, Versicherungskarte):

Werter Patient!/Werte Patientin!

Die Kosten für die Versorgung von in Ungarn über keine Versicherung oder keinen zwischenstaatlichen Vertrag verfügenden Patienten gehen zu Lasten des betroffenen Patienten bzw. seiner Versicherung. Die Festlegung der Kosten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Krankenhauses in der gültigen "Ordnung über die Erstattungskosten für die Leistungen des Gesundheitswesens".

Dementsprechend betragen die voraussichtlichen Kosten für Ihre Behandlung:HUF

Vielen Dank dafür, dass Sie unser Krankenhaus mit Ihrem Vertrauen beehrt haben!

Jászberény,

.....
Unterschrift des die Auskünfte erteilenden Arztes
Stempelabdruck

Ich nehme die obigen Auskünfte zur Kenntnis und akzeptiere die angebotene Behandlung, weiterhin verpflichte ich mich zur Bezahlung der im Laufe meiner Versorgung aufkommenden Kosten.

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin

Auszufüllen in 2 Exemplaren

- 1. Exemplar in der von dem Patienten/der Patientin gesprochenen Sprache, Exemplar des Patienten/der Patientin
- 2. Exemplar in Ungarisch als Teil der Patientenunterlagen