Betegszállítási utalvány

Beteg neve: ..... Születési dátum: _____
A beteg TAJ száma: _____
Lakcíme irányítószámmal: .....
Diagnózis: .....
Honnan szállítandó: .....
Hová szállítandó: .....
A megrendelés időpontja: ____ év __ hó __ nap __ óra __ perc

Helybiztosítás: .....
Sürgőssége:
_ 3 órán belül
_ 6 órán belül
_ 24 órán belül
_ Időre

Időre kért szállításnál:
a beérkezés ideje
____ év __ hó __ nap __ óra __ perc

A szállítás indoka:
_ a beteg csak speciális testhelyzetben szállítható
_ betegsége miatt szállítása közben felügyeletet igényel
_ mozgásában korlátozott, járóképtelen
_ egészségi állapota kizárja a szokványos közlekedési eszközök használatát
_ fertőzésveszély
_ kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe
_ ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné

Kíséret
_ mentőápoló
_ betegkísérő
_ nem szükséges

A szállítás módja:
_ ülve _ fekve

Szállítás alatti várható ellátási igény: .....

Térítési kategória:
_ magyar biztosítás alapján végzett ellátás
_ magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
_ államközi szerződés alapján végzett ellátás
_ egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult személyek térítésköteles ellátása
_ magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
_ külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb)
_ befogadott külföldi állampolgár
_ menekült, menedékes státuszt kérelmező
_ elszámolásra vonatkozó nemzetközi szerződés alapján történő ellátás
_

Költségviselő:
_ A beteg kérésére történő fizetésköteles szállítás
_ OEP
_ Egyéb Neve: .....
_ Címe: ..... Irányítószám: .....

.....
a megrendelő orvos neve és bélyegzője

A megrendelő orvost foglalkoztató szolgáltató neve és OEP kódja: .....

MINTA