

# Betegszállítási utalvány

Beteg neve: ..... Születési dátuma: □□□□ □□ □□

A beteg TAJ száma: □□□ □□□ □□□

Lakcíme (irányítószámmal): □□□□ .....

Diagnózisa: .....

Honnan szállítandó: .....

Hova szállítandó: .....

A megrendelés időpontja:

év                  hó                  nap                  óra                  perc

Helybiztosítás:

Sürgőssége  3 órán belül

6 órán belül

24 órán belül

Időre

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

Időre kért szállításnál:

A beérkezés ideje:

év                  hó                  nap                  óra                  perc

Kíséret:  mentőápoló

betegkísérő

nem szükséges

ellátásának eredményességét a szokványos közlekedési eszközök igénybeviteléből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné

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 fizetőköteles szállítás

OEP

Egyéb Neve: .....

Címe (irányítószámmal): □□□□ .....

..... PH

A megrendelő orvos neve és bélyegzője

..... PH

A megrendelő orvost foglalkoztató szolgáltató neve és OEP kódja □□□□ □ □□□□