



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYSZÉSGŰGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

1.sz. melléklet

Térítési díjról szóló szabályzathoz

**ADATLAP**

a járóbeteg szakrendeléseken, illetve kórházi szakambulancián végzett orvosi vizsgálatok térítési díjaihoz

1. A térítési díj megállapításához szükséges adatok:

ELLÁTÓ OSZTÁLY : .....

BETEG NEVE : .....

SZÜLETÉSI HELYE , IDEJE : .....

ANYJA NEVE: .....

SZIG SZÁMA: .....

ADÓSZÁMA: .....

LAKCÍME : .....

ÁLLAMPOLGÁRSÁGA : .....

ÚTLEVÉLSZÁM (külföldi állampolgár esetén): .....

Beavatkozás Kódja	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozás pontértéke	Mennyisége	Térítési díja
Mindösszesen				
Fizetendő				

Budapest, ..... év ..... hó .....nap

.....  
szakorvos aláírása, bélyegzője

2. Alulírott ..... tudomásul vettem, hogy a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátásért, annak költségeit meg kell fizetnem.

Budapest, .....

.....  
Beteg neve  
(olvasható aláírása)



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

2.sz. melléklet

**Költségekalkuláció és nyilatkozat az egészségügyi szolgáltatás térítési díjának megállapítására és megfizetésére a fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén**

1./ A térítési díj megállapításához szükséges adatok:

ELLÁTÓ OSZTÁLY .....

BETEG NEVE: .....

SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE:.....

ANYJA NEVE: .....

SZIG SZÁMA: .....

LAKCÍME: .....

ÁLLAMPOLGÁRSÁGA: .....

ÚTLEVÉLSZÁM (külföldi állampolgár esetén)/PASSPORT Number: .....

BNO kód	BNO megnevezés	Beavatkozás kód	Beavatkozás megnevezése
<b>Egyedi finanszírozású eszköz (típus, darabszám feltüntetésével)</b>			
<b>Várható ápolási nap</b>			

Budapest, ..... év .....hó .....nap

.....  
szakorvos aláírása, bélyegzője

2./ Alulírott beteg kérem, hogy a Kontrolling Osztály finanszírozási csoportjának költségkalkulációja szerinti térítési díj teljes összegéről/előlegéről (megfelelő rész aláhúzandó) állítson ki számlát a Pénzügyi Osztály.

.....  
beteg olvasható aláírása

3./ Költségekalkuláció



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

Előzetes: az 1. pontban megadott adatok alapján .....nevű beteg  
ellátására vonatkozó adatok:

Ellátás formája	HBCS kód	HBCS megnevezése	Súlyszám	Ápolási nap	Osztály szorzója
aktív					
krónikus/rehab					

Várhatóan az ellátás költsége a jelenlegi finanszírozás alapján: .....Ft, .....forint.

Budapest, .....

.....  
Kontrolling Osztály

Tényleges (amennyiben eltér az előzetestől):.....Ft azaz.....forint

Eltérés oka: .....

Budapest, .....

.....  
Kontrolling Osztály

4./ A 3. pont szerinti költségkalkuláció alapján az ellátás igénybevételének megkezdése előtt

Fizetendő előleg: ..... Ft., azaz .....forint..

Budapest, .....

.....  
Kontrolling Osztály

5./ Alulírott .....(beteg neve nyomtatott betűvel) tudomásul vettem, hogy a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátásért, annak költségeit meg kell fizetnem és nyilatkozom arra, hogy ezen összeg a rendelkezésemre áll. Tervezett ellátás esetén az előleget/teljes összeget az ellátás megkezdése előtt befizetem. Tudomásul veszem, hogy

- tervezett ellátás esetén az ellátásom megkezdésének feltétele
- sürgős ellátás esetén az életveszély elhárítását követően, az ellátásom folytatásának feltétele az előleg/teljes összegének befizetése.

A ki nem egyenlített költséget az ellátásom befejezését követően 15 napon belül kiegyenlítem.

Budapest, .....

.....  
Beteg olvasható aláírása

6./ A beteg az előleget/teljes összeget befizette. A befizetési bizonylat száma: .....

Budapest, .....

.....  
Pénzügyi Osztály

7./ Meggyőződtem arról, hogy az ellátást igénylő a 6. pont szerinti előleget (vagy a 2. pont esetén az ellátás költségét) befizette. Nevezett kezelését megkezdem.

Budapest,.....

.....  
kezelőorvos



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**3.sz.melléklet**

**Hotelszolgáltatás igénylése**

Alulírott ..... (név) ..... (lakcím)  
..... (személyigazolvány szám vagy útlevekszám) igénybe kívánom  
venni a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet .....  
Osztályán ..... ágyas szobát egyedüli\* vagy másodmagammal\* történő  
elhelyezéssel

(\* -al megjelölt rész aláhúzandó) az egészségügyi ellátásom időtartamára.

A fenti elhelyezésért a kórház hatályos egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól szóló szabályzatának 8/B. számú melléklet 9. pontjában meghatározott díjat fizetem meg, mely az ellátásom várható időtartamára, előreláthatólag ..... napra, ..... Ft/nap díjjal számolva összesen ..... Ft.

Tudomásul veszem, hogy az elhelyezésért az ellátás tényleges időtartama szerinti összeget vagyok köteles megfizetni. Vállalom, hogy az ellátásom utolsó napján a kórház által kiállított számlán feltüntetett összeget a kórház kijelölt befizető helyeinek egyikén a kórházból történő távozásomat megelőzően befizetem.

Tudomásul veszem továbbá azt, hogy elhelyezési igényem ellenére, amennyiben a területi betegellátás zavartalansága miatt a kórház a fenti elhelyezést számomra nem tudja biztosítani, úgy arra igényt nem tarthatok és ez esetben a fent feltüntetett térítési díj fizetésére nem vagyok kötelezett.

Budapest,.....év.....hónap.....nap

.....  
ellátást igénylő



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**4.sz. melléklet**

**Szerződés**

**ápolási szolgáltatás igénybevételéről Krónikus Osztályon**

mely létrejött a mai napon, egyrészt a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet (1204 Budapest, Köves u. 1.) - mint a krónikus betegellátást biztosító egészségügyi szolgáltató gyógyintézet - (a továbbiakban: gyógyintézet, vagy kórház),

másrészt a gyógyintézetben **betegként felvett:**

név: \_\_\_\_\_

szül.: \_\_\_\_\_ a.n.: \_\_\_\_\_

sz.ig.szám: \_\_\_\_\_ TAJ-szám: \_\_\_\_\_

lakcím: \_\_\_\_\_

alatti lakos (továbbiakban: ápolat)

**hozzátartozója / ellátója:**

név: \_\_\_\_\_

szül.: \_\_\_\_\_ a.n.: \_\_\_\_\_

sz.ig.szám: \_\_\_\_\_

lakcím: \_\_\_\_\_

munkahely: \_\_\_\_\_

(továbbiakban: hozzátartozó) között az alábbi feltételek mellett:

1. A ..... Krónikus Osztály 20.... év ..... hó ..... napján veszi fel az ápolat.
2. A hatályos jogszabályok, valamint a gyógyintézet érvényes „Térítési díj szabályzata” alkalmazásaként Ápolat/hozzátartozó tudomásul veszi és elfogadja, hogy az ellátásért, a **Krónikus Osztályra történő felvételt követő hetedik hónaptól** (Ápolási Osztályról Krónikus Osztályra történő áthelyezés esetén, a Krónikus Osztályon töltött időbe az Ápolási Osztályon eltöltött időtartam beszámít) kezdődő további ápolási napok ápolási díjjal finanszírozott időtartama alatt, a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. sz. mellékletében mindenkor meghatározott (jelenleg napi 800,- Ft, azaz Nyolcszáz forint) **kiegészítő térítési díjat köteles fizetni.**
3. A 2. pontban meghatározott térítési díjat számla ellenében a gyógyintézet pénztárában közvetlenül az osztályvezető, vagy az általa kijelölt személy által átadott befizetési javaslattal igazolva 30 napra előre kell befizetni, a krónikus osztályra történő elhelyezéstől számított hetedik hónaptól kezdődően. Az ápolási díj, főszabály szerint az elhelyezést követő hetedik hónap első munkanapján esedékes. A gyógyintézet más osztályáról történt átvétel, valamint más kórházból átvett területi beteg vonatkozásában az ápolási díj azon a napon esedékes, amelyik naptól kezdve az ápolat a kiegészítő térítési díj fizetésére köteles.

4. Ápolt/hozzá tartozó tudomásul veszi, hogy amennyiben fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a gyógyintézet a kiegészítő térítési díj behajtása felől intézkedik. A behajtási eljárástól függetlenül, amennyiben az ápolat/hozzá tartozó fizetési kötelezettségének felszólítás ellenére sem tesz eleget, úgy 8 napos felmondási határidővel a kórház a szerződést felmondhatja. A felmondási határidő lejártának napján a gyógyintézet az ápolat /hozzá tartozó költségére az ápolat a szerződésben feltüntetett lakcímére szállíttatja.
5. A gyógyintézet, a gyógyintézetben történő ellátás időtartama alatt, köteles az ápolat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 14.§ (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelően ellátni.
6. Az ápolat/hozzá tartozó **saját kezdeményezésre** az alábbiak szerint nyilatkozik:
  - a) **IGÉNYLI az ellátást**, továbbá – a határidő kezdetétől, a jelen megállapodásban foglalt feltételek szerint - **vállalja a kiegészítő térítési díj összegének megfizetését.**  
.....  
**ápolat/hozzá tartozó aláírása**
  - b) **az ápolási szolgáltatást keretében történő ellátást a hetedik hónaptól kezdődően NEM IGÉNYLI**  
.....  
**ápolat/hozzá tartozó aláírása**
7. A gyógyintézet a hatályos jogszabályi keretek között, valamint érvényes „Térítési díj szabályzatában” foglalt felhatalmazás alapján, a Krónikus Osztályon elhelyezett ápoltak részére, az **ápoltak saját kezdeményezése alapján, térítési díj ellenében igénybe vehető „emelt szintű szolgáltatást” biztosít az ellátás többletköltséget okozó, eltérő tartalommal történő igénybe vétele, valamint kénvelmi szolgáltatások igénybe vétele esetén.** Az emelt szintű szolgáltatás igénybe vételének részletes feltételeit az elhelyezés szerinti Krónikus Osztály egység szintű működési rendje tartalmazza. Az „emelt szintű szolgáltatás” részletes feltételeit tartalmazó szabályzatot igény esetén a kezelőorvos bocsátja az ápolat/hozzá tartozó rendelkezésére és szükség esetén részletes szóbeli tájékoztatást, illetve felvilágosítást is nyújt az igénybe vétel módjáról, lehetőségeiről és feltételeiről. **Az „emelt szintű szolgáltatás” igénybe vétele esetén meghatározott térítési díj a szolgáltatás igénybe vételével ténylegesen felmerülő, igazolható költségek alapján kerülnek meghatározásra.** A jelen megállapodás keretében biztosított „emelt szintű szolgáltatások” jegyzékét az osztályvezető főorvos a szakmai felügyelet ellátása tekintetében illetékes orvosigazgató helyettesével egyetértésben állítja össze és teszi közzé, illetve ismerteti meg az ápolat/hozzá tartozóval, a főigazgató jóváhagyása és a gazdasági igazgató ellenjegyzésével kiadásra kerülő és minden érintett szervezeti egységnél kifüggesztett módon közzétett „főigazgatói utasítás” keretében. **Az „emelt szintű szolgáltatás” igénybe vételéről az ápolat/hozzá tartozó önként dönt, kizárólag saját kezdeményezése alapján részesül az emelt szintű ellátásban.** Az igénybe vétel szándékát a jelen megállapodás 7. pontja megfelelő alpontjának kitöltésével és aláírásával kell dokumentálni. Az „emelt szintű szolgáltatás” térítési díját az igénybe vétel napján, 30 napra előre kell befizetni, a jelen megállapodás 3. pontjában foglaltak alkalmazásával. Az „emelt szintű szolgáltatás” igénybe vételéről történő lemondó nyilatkozatot legalább 15 nappal előre, írásban kell jelezni az osztályvezető főorvosnak címzetten.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**Az „emelt szintű szolgáltatások” többek között az alábbiakat tartalmazzák:**

- Étkezésekhez egyszer használatos előkék biztosítása.
- Egyéni diéták összeállítása az egyedi igények és szükségletek szerint.
- Igény esetén pizsamával, köntőssel, törülközővel való ellátás ezek szükség szerint cseréje, mosatása.
- Az intim higiénia biztosításához az alepellátást meghaladó nedves törlők, habok, kendők biztosítása.
- Kontinenciát támogató speciális, személyes ápolási program (viselkedésterápia nappali kontinentia elérése érdekében).
- Bőrvédelemhez szükséges, az alapszintű szolgáltatást meghaladó krémek biztosítása, korszerű nedves sebkezelő kötszerek, biopton lámpa és TENS készülék használata.
- Kulturális programok (szervezett filmvetítés, zenehallgatás, felolvasás, teadélután, Tv nézés) szervezése
- Egyéni foglalkozások és betegcsoportok működtetése pszichológus által, heti rendszerességgel.
- A szociális szervező a betegek komfortosabb ellátását több területen segíti (vásárlás, nyugdíj felvétel, fodrász, pedikűr szervezése)
- Aktivitást segítő fizikai tevékenységek: séta, egyéni és csoportos torna az osztályhoz rendelt gyógytornászok bevonásával, masszőr
- Szociális foglalkoztatás: munka-rehabilitációs foglalkoztatás
- Kreatív, manuális foglalkozások: kézimunka, dísz tárgykészítés

- a) **Az ápolt/hozzátartozó a fentieket is megismerve nyilatkozik, hogy az „emelt szintű szolgáltatások” igénybe vételére vonatkozó feltételeket a kórház által adott részletes tájékoztatásból adódóan ismeri és azokat saját kezdeményezésére és önkéntes akaratából .....év, .....hónap .....napjától kezdődően **IGÉNYLI**, azok térítési díját a jelen megállapodásban foglalt feltételeknek megfelelően megfizeti.**

.....  
**Ápolat/hozzátartozó aláírása**

**Dátum:** .....

- b) **Ápolat/hozzátartozó a fentieket megismerve akként nyilatkozik, hogy az „emelt szintű szolgáltatásokat” NEM IGÉNYLI.**

.....  
**Ápolat/hozzátartozó aláírása**

**Dátum:** .....

8. Jelen szerződés akkor szűnik meg, amikor a gyógyintézet az ápolat elbocsátja, vagy más osztályra helyezi át, illetve az ápolat az osztályról saját szándékából önként távozik, vagy elhalálozott.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

9. A gyógyintézet az ápolat értéktárgyaiért, értékpapírokért, készpénzért csak az esetben vállal felelősséget, ha azokat a gyógyintézet illetékes dolgozója a "Letéti Szabályzatban" foglaltak szerint megőrzésre átvette.
10. Ápolat testi épségének, biztonságának megőrzése érdekében az osztály egész területén tilos a dohányzás és a szúró – vágó eszközök behozatala. A szabály be nem tartása esetén az ebből adódó következményekért, károkért a beteg, illetve a hozzátartozója felelős.
11. A felek jelen szerződéssel kapcsolatosan az esetleges felmerülő jogvitájuk megkísérlik békés úton rendezni.

Jelen szerződést a felek - felolvasása és magyarázása után -, mint akaratukkal megegyezőt, helybenhagyólag írták alá.

Budapest, .....év .....hó .....nap

A Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet ..... Krónikus Osztálya képviseletében:

-----  
PH  
orvosigazgató

-----  
ápolat és/vagy hozzátartozó

-----  
Osztályvezető



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

5.sz. melléklet

**K Ö T E L E Z V É N Y**  
**TAJ kártya bemutatására,**  
**belföldi személy sürgősségi ellátása esetén**

Alulírott.....(leánykori név): .....  
Lakcíme: .....  
Születési helye és időpontja: .....  
elismerem, hogy a **Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet**  
..... osztályán, részlegén  
..... év ..... hó .....napján, (ill. napjától) .....-ig egészségügyi  
szolgáltatást vettem igénybe.

Egészségügyi ellátásom során a térítésmentes egészségügyi szolgáltatásra jogosultság igazolására szolgáló, a **TAJ számot tartalmazó hatósági bizonyítványt bemutatni nem tudtam**, de nyilatkozom, hogy az ellátás idejére rendelkezem érvényes magyar biztosítással.

Kötelezem magamat arra, hogy **legkésőbb 15 napon belül bemutatom**, e-mailben elküldöm a [bfo@delpestikorhaz.hu](mailto:bfo@delpestikorhaz.hu) címre, illetve a 0036-1-432-1531ös telefonszámon bediktálom a TAJ számomat.

Tudomásul veszem, hogy ennek elmaradása esetén az Intézet az irányadó Jogsabályok alapján a részemre nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetésére kötelez, a kórház az ellátás költségeinek behajtását kezdeményezi.

**Budapest, ..... év ..... hó ..... nap**

.....  
.....  
kezelőorvos aláírása P.H.

kötelezettségvállaló beteg aláírása

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

Név: ..... Név: .....

Lakcím: ..... Lakcím:.....



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYSZÉSGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**6. sz. melléklet**

**TARTOZÁS ELISMERŐ NYILATKOZAT**

Alulírott .....  
születési hely..... születési idő .....  
állandó külföldi lakcím .....  
/ország, utca, házsám, irányítószám, város/ .....  
/a biztosító neve és címe/ .....  
/a biztosítás száma/ .....

**elismerem**, hogy ..... -tól ..... -ig /nap, hónap, év/  
összesen ..... napot a ..... egészségügyi  
intézményben ..... /város/ gyógykezelés alatt álltam.

A kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket nem térítettem meg  
..... Ft összegben.

**Elismerem** és megerősítem, hogy a tartozásomat a követelésbehajtásra felhatalmazott  
..... felszólítására feltétlenül  
megfizetem, amennyiben előbb nem rendeztem volna.

Személyes adataim átadásának céljára vonatkozó előzetes tájékoztatás alapján, önkéntesen és  
kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy fent megjelölt időpontban és egészségügyi intézményben  
felmerült ápolási költségeim ki nem egyenlítése esetén egészségügyi és személyazonosító adataim a  
szükséges mértékben a ..... részére  
kiadásra kerüljenek azzal, hogy a Társaság az adatokat kizárólag a tartozás érvényesítése érdekében, az  
ahhoz szükséges ideig kezelje, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről  
és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény figyelembe vételével. A tartozás kiegyenlítését követően  
a Társaság személyes és egészségügyi adataimat nyilvántartási adatbázisából haladéktalanul törölni  
tartozik.

A ..... adatkezelése az ápolásomat végző, fent nevesített  
egészségügyi intézménnyel kötött megbízási szerződés alapján jogszerű.

Dátum: .....

Aláírás: .....

Útlevételszám: .....

Tanú: .....

Tanú: .....

7. sz. melléklet

**A biztosított által részleges és kiegészítő térítési díj fizetése ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások**

**I. Részleges térítési díj**

217/1997. (XII. 1.) Korm. Rendelet, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete alapján

Biztosított részleges térítési díj fizetése ellenében jogosult az alábbi egészségügyi szolgáltatásra:

Külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásokra (kivéve: ha fejlődési rendellenesség miatt, a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél). A beavatkozásért fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 90%-a amely az ellátásért az egészségbiztosító felé elszámolható.

**II. Kiegészítő térítési díj**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 23/A.§ szakasza alapján

Biztosított kiegészítő térítési díj fizetése ellenében jogosult az alábbi egészségügyi szolgáltatásokra:

1. Az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésre igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatások igénybevételére

A fenti szolgáltatás igénybevétele esetén alkalmazandó térítési díjakra a jelen szabályzat II. fejezet 1.1.-1.2. pontjában foglaltak irányadók azzal, hogy a térítési díjak mértékét arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult (Ebtv. 24. §). A fenti szolgáltatások igénybevétele esetén alkalmazandó térítési díjakra a jelen szabályzat 8/B. sz. melléklet 9. pontjában foglaltak irányadók azzal, hogy amennyiben az ott meghatározott díjak nem fedezik a teljes költséget, az igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatás kimutatható költségének 2-szeres szorzóval növelt összege kerül elszámolásra.

2. Ápolás céljára történő elhelyezésre és ápolásra

A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult ápolásra, amennyiben a beteg állapota indokolja, és lehetővé teszi az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

A napi kötelező étkeztetésen felül a Kórház menü-választásos étkezési lehetőséget biztosít. A menü-választás igénybevételének lehetőségét a betegek étkeztetési rendjére vonatkozó szabályzat tartalmazza. A beteg által választott menü díja az Élelmezési Osztály által közzétett díjak szerint kerül elszámolásra.

A fent megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a finanszírozó felé a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

1997. évi LXXXIII. Törvény

IV. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezések

Ebtv. 18. § (6) Nem vehetők igénybe az E. Alap terhére:

a) az Eütv. 142. §-a

aa) (2) bekezdése a) pontjában meghatározott ellátások,

ab) (3) bekezdésének c)–i) pontjában meghatározott ellátások,

**b) a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,**

**c) a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás- egészségügyi alapszolgáltatások,** amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,

**d) a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés,** kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,

**e) a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás,** szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,

**f) hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,**

**g) a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,**

**h) a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,**

**i) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,**

**j) a g)–i) pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,**

**k) a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása,**



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYSZÉSGŰGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

*l) a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások,*

*m) a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,*

*n) a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,*

*o) a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,*

*p) alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,*

*q) hatósági eljárásban alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vizeletvizsgálatok, vizeletvizsgálatok,*

*r) láttelel kiadása,*

*s) a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,*

*t) a biztosított nem kötelező védőoltással történő immunizálása, kivéve, ha a külön jogszabály szerinti védőoltás térítésmentes,*

*u) az a)–t) pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.*

(7) A (6) bekezdésben meghatározott ellátások körébe tartozó beavatkozásokat az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben állapítja meg.

8/B. sz. melléklet

**A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi ellátások és egyéb kiegészítő szolgáltatások térítési díja**

A kötelező egészségügyi biztosítás terhére igénybe nem vehető szolgáltatások a magyar biztosítással rendelkező magyar és külföldi állampolgárok részére is csak térítési díj fizetése mellett vehetők igénybe.

**1. Extrém sportolás közben bekövetkezett balesetekhez kapcsolódó ellátások**

Az Ebtv. 18.§ (6) bekezdés e) pontja alapján, az egészségügyi alap terhére nem vehető igénybe a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 5/B. §-ban meghatározott, különösen veszélyes extrém sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások. Különösen veszélyes extrém sportnak minősül:

- vízisízés,
- jet-ski,
- vadvízi evezés,
- hegy- és sziklamászás V. foktól,
- magashegyi expedíció,
- bázisugrás, mélybe ugrás,
- falmászás,
- roncsautó sport, rally,
- hólégballonozás,
- félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

A fenti egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén fizetendő térítési díj mértékének meghatározásakor a jelen szabályzat II. fejezetének 1.1.-1.2. pontjában foglaltak irányadók.

**2. Nem gyógyító célú műtétek**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. 18. § (6) bekezdés a) pontjában, valamint a 46/1997. (XII.17.) NM rendeletben foglaltak szerint az egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető, nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai, vagy rekreációs célból végzett plasztikai műtétek, illetve az alábbiakban felsorolt ellátások esetén, fizetendő térítési díj mértékének meghatározásakor a jelen szabályzat II. fejezetének 1.1.-1.2. pontjában foglaltak irányadók.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

Beavatkozás megnevezése:

Külső fül alaki korrekciója

Orrkorrekció

Emlőplasztika

Emlő bőrének plasztikája

Hegkimetszés

Bőr hegének, vagy zsugorodásának kimetszése

Ráncplasztika arcon

Hajátültetés

Szörtelenítés (Epiláció)

Dermabrasio

Tetoválás eltávolítása

Izomrekonstrukció

Mellbimbóplasztika

Sterilizáció, nem orvosi indikációra (Női Sterilizáció)

Sterilizáció, nem orvosi indikációra (Férfi Sterilizáció)

Idegen anyag okozta gyulladás miatt scrotumba ültett penis bőrének rekonstrukciója

Terhességmegszakítás, nem orvosi indikációra

Prostata specifikus antigén (PSA) meghatározás, általános szűrővizsgálatként

Manuálterápiás kezelés

Amennyiben a női sterilizáció császármetszéssel egy időben történik, a női sterilizációra vonatkozó díj fizetendő.

### **3. A terhesség-megszakítás térítési díja**

A nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség megszakítás térítési díjáról a 32/1992 (XII.23.) NM rendelet intézkedik, amely a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX.tv. végrehajtását szabályozza.

A terhesség megszakítás díjait a Kérelmező az Egészségbiztosítási Alap számlájára fizeti be. A beavatkozás elvégzésének feltétele a térítési díj befizetésének igazolása. A terhesség megszakítást végző intézetünk az Egészségbiztosítási Alappal számol el.

**4.Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások**, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé.

A felsorolt vizsgálatokat csak abban az esetben lehet elvégezni, ha a vizsgálatot kérő a vizsgálat jelen fejezetben felsorolt költségeit a vizsgálatot megelőzően előre befizeti. A foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat keretében az intézménnyel szerződésben nem álló munkavállalók részére, eltérő megállapodás hiányában – munkáltatójuk megkeresésére, vagy



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

azok önálló kezdeményezésére a 89/1995. (VII.14.) Kormányrendelet alapján – az alábbi térítési díjakat kell alkalmazni:

„D” foglalkozású. osztály esetén	5.000 Ft/fő/év
„C” foglalkozású. osztály esetén	6.800 Ft/fő/év
„B” foglalkozású. osztály esetén	8.400 Ft/fő/év
„A” foglalkozású. osztály esetén	10.000 Ft/fő/év

A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által – eltérő megállapodás hiányában – fizetendő díjak:

A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy

- 1.) szakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében 2500 Ft/fő/eset;
- 3.) szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében 2800 Ft/fő/eset;

**5. Újszülöttkori nem kötelező szűrővizsgálatok:**

**- hasi UH – 10 000 Ft**

**- koponya UH – 8 000 Ft**

**6. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyéb - külön jogszabályban összegszerűen meghatározott térítési díjjal bíró - szolgáltatások**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyes szolgáltatások térítési díjai a mindenkor hatályos vonatkozó jogszabály, **jelenleg a 284/1997. (XII.23.) Korm. rend. 2. számú melléklete** szerint alakulnak.

A jelenleg hatályos jogszabályi rendelkezések szerint, a kórház által végzett szolgáltatások díjai az alábbiak:

1.)	Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata	
	a) első fokon	7.200 Ft
	b) másodfokon	12.000 Ft
2.)	Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek (II. csoport) lőfegyvertartásra való orvosi alkalmassági vizsgálata	
	A. orvosi alkalmassági vizsgálat	
	a) ha 40. életévét még nem töltötte be:	
	aa) első fokon	7.200 Ft
	ab) másodfokon	10.800 Ft
	b) ha 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:	



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

	ba) első fokon	4.800 Ft
	bb) másodfokon	7.200 Ft
	c) ha 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el	
	ca) első fokon	2.500 Ft
	cb) másodfokon	4.800 Ft
	d) ha a 70. életévét betöltötte	
	da) első fokon	1.700 Ft
	db) másodfokon	3.200 Ft
	B) pszichológiai alkalmassági vizsgálat	
	a) első fokon	7.200 Ft
	b) másodfokon	12.000 Ft
3.)	Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat	
	a) ha a 40. – gépjármű – vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. életévét még nem töltötte be:	
	aa) első fokon	7.200 Ft
	ab) másodfokon	10.800 Ft
	b) ha a 40. – gépjármű – vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:	
	ba) első fokon	4.800 Ft
	bb) másodfokon	7.200 Ft
	c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el:	
	ca) első fokon	2.500 Ft
	cb) másodfokon	4.800 Ft
	d) ha a 70. életévét betöltötte	
	da) első fokon	1.700 Ft
	db) másodfokon	3.200 Ft
4.)	Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek	4.800 Ft
5.)	Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett	
	a) vérvétel	3.200 Ft
	b) vizeletvételek	1.600 Ft
6.)	Láttelelet kiadása	3.500 Ft
7.)	Részeg személy detoxikálása	7.200 Ft
8.)	Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása	7.200 Ft
9.)	Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat	
	a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata	
	aa) az egészségi alkalmasság első vizsgálata	19.200 Ft



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

	ab) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	15.600 Ft
	b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata	
	ba) az egészségi alkalmasság első vizsgálata	12.000 Ft
	bb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	9.700 Ft
	c) III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata	
	ca) az egészségi alkalmasság első vizsgálata	9.700 Ft
	cb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	7.200 Ft
10.)	Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziiorvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor.	7.200 Ft
11.)	Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata	9.700 Ft
12.)	Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálata	Az adott ellátásnak a közfinanszírozásban érvényesíthető díja
13.)	Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat	
	a) 1. egészségügyi osztály	
	aa) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28.700 Ft
	ab) időszakos vizsgálat	16.100 Ft
	b) 2. egészségügyi osztály	
	ba) első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	13.800 Ft
	bb) időszakos vizsgálat	9.200 Ft
	c) 3. egészségügyi osztály	
	ca) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28.700 Ft
	cb) időszakos vizsgálat	16.100 Ft
14.)	Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek	A mellkas- szűrővizsgálat közfinanszírozásban érvényesíthető díja

	megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem egyéb jogszabály által előírt, a szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII. törvény 4. § (1) bekezdése szerinti szakképzési intézményben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálati keretében került sor.	
15.)	A foglalkoztathatóság szakvéleményezése	
	a) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	1.900 Ft/fő/ eset
	b) a büntető ügyben kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	1.900 Ft/fő/ eset
	c) az a) és a b) pontban nem említett esetben	1.900 Ft/fő/ eset
16.)	Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a) a térítésmentes védőoltással történő immunizálást és b) – az a) pont hatálya alá nem tartozó körben is – a pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást	2.000 Ft
17.)	Járványügyi készütség idején a SARS-CoV-2-RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja	17.000.-Ft
18.)	Járványügyi készütség idején a SARS-CoV-2-RT-PCR mintavétel díja	2.500.-Ft
19.)	Járványügyi készütség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat	9.000.-Ft
20.)	Járványügyi készütség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálatához	2.000.-Ft

## **7. Elhunytak ellátásával kapcsolatos költségek**

Kórházunk halott hűtési díjat számít fel, az alábbiak szerint:

A halottvizsgálati bizonyítvány kiállításáig a költségeket az Intézet viseli.

A halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását - ha az eltemetéshez, illetve elhamvasztáshoz hatósági engedély szükséges, akkor az engedély kiadása napját, illetve az engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napot - követő első munkanaptól a költségek azt terhelik, aki törvény alapján az elhunyt eltemettetésére köteles, illetve az eltemettetést vállalja.

### **Halotthűtés**

A halotti bizonyítvány, jegyzőkönyv kiállítását követő első munkanaptól számítottnan:

- 1-5 munkanapra számított átalány: 12.000 Ft + ÁFA
- 6. naptól: 3.800 Ft + ÁFA/nap



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

- 11. naptól:

7.500 Ft +ÁFA/nap

**Halottkezelési szolgáltatás nyújtása**

**a). Végtisztességre való felkészítés koporsós temetés esetén (nettó árak):**

Öltöztetés:	12.500 Ft
Arc-száj előkészítés, rendbetétel:	1.000 Ft
Protézis behelyezés:	1.000 Ft
Haj rendbetétel, fésülés:	1.000 Ft
Borotválás:	1.000 Ft
Sminkelés:	4.500 Ft
Balzsamozás:	37.500 Ft

**b). Végtisztességre való felkészítés hamvasztás esetén (nettó árak):**

Öltöztetés:	12.500 Ft
Pizsamába, hálóingbe öltöztetés	
Lepedőbe helyezés: .....	12.500 Ft

Ha az eltemettető a halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő 8. napig a holttest temetésre való elszállításáról nem gondoskodott, a halottvizsgálatot végző orvos az eltemettető nevének és lakcímének közlésével a halottvizsgálati bizonyítvány V. példányának másolatát küldi meg a köztemetésre illetékes települési önkormányzat jegyzőjének.

A halott hűtési és kezelési díj befizetése az Intézet (megbízottja) által kiállított számla ellenében a megrendelőt, azaz azt terheli, aki törvény alapján az elhunyt eltemettetésére köteles, illetve az eltemettetést vállalja.

**8. Adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjak**

A betegdokumentáció másolat kiadás eljárási rendjét a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Adatvédelmi Szabályzata tartalmazza. Az egészségügyi záródokumentumok (ambuláns lap és zárójelentés) első kiadása valamint a betegdokumentációba való betekintés térítésmentes, a másolatok kiadása térítésköteles. Az egészségügyi dokumentáció kikéréséről az intézmény orvosigazgatósága, illetve a Dokumentációs Csoport naprakész nyilvántartást vezet, a hatályos belső szabályzatban foglaltaknak megfelelően. A dokumentáció másolását az Intézet kizárólag a dokumentációmásolási előleg teljesítését és annak igazolását követően kezdi meg. A térítési kötelezettség teljesítése a másolati kérvény leadása során kérvényező számára Intézet részéről átadott készpénzátutalási megbízás (továbbiakban: sárga csekk) befizetésével történik. A befizetendő összeg mértékéről az Intézet e-mailben a befizetést megelőzően tájékoztatja a befizetőt a kérvény alapján. Az Intézmény a betegdokumentációs másolatok készítését a dokumentációmásolási előleg befizetésének megtörténtét követően kezdi meg.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

### **Egészségügyi dokumentációk szolgáltatási és másolási díja**

Az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény 7.§ (3) bekezdése alapján „Az érintettek az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott, az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok minden további másolatért miniszteri rendeletben meghatározott költségelemek alapján díjat kell fizetni.”

Továbbá a (7) bekezdés értelmében „Az érintett halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, illetve azokról - első alkalommal - térítésmentesen, valamint minden további másolat tekintetében - a (3) bekezdés szerinti módon - másolatot kapni.”

### **9. Parkolás térítési díja**

A parkolás díjának megállapítása a mindenkor hatályos Parkolás rendjére vonatkozó szabályzat szerint kerül megállapításra. Az Intézet telephelyein történő parkolás részletes feltételeit szintén a Parkolás rendjére vonatkozó szabályzat állapítja meg.

### **10. Magasabb színvonalú elhelyezés vagy emelt szintű ellátás lehetősége, Hotelszolgáltatás**

Az egészségügyi ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezéstől eltérő, magasabb színvonalú elhelyezést (továbbiakban: hotelszolgálat) az alábbi díj megfizetése esetén biztosít a kórház:

#### **10.1. Aktív osztályon**

2 ágyas szobában, melyhez fürdőszoba tartozik

<b>Ápolási napok</b>	<b>Egyedüli igénybe vétel esetén</b>	<b>2 fős elhelyezés esetén</b>
1-2. nap	33.000 Ft/nap	25.000 Ft/nap
3-5.nap	22.000 Ft/nap	18.000 Ft/nap
5. naptól	18.000 Ft/nap	14.000 Ft/nap

#### **10.2. Krónikus osztályon**



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

Amennyiben a krónikus/ápolási ellátásra szoruló beteg a jogszabályban előírt intézeti normál/alap finanszírozás keretét meghaladóan kíván igénybe venni krónikus/ápolási ellátást, úgy köteles a normatív és a csökkentett finanszírozás különbözetét is megtéríteni.

Krónikus osztályon történő magasabb színvonalú elhelyezés (zajkímélő, udvarra néző ablakú, a la carte étkezés lehetőségének biztosítása; igény szerint házon belül rehabilitációs szolgáltatás – pszichológus, logopédus, mozgásterapeuta - igénybe vételének lehetősége) esetén, a megkötött vonatkozó megállapodás és a jelen szabályzat alapján, az alábbi díjak megfizetése szükséges:

- 2 ágyas szobánál: - egyedüli igénybevétel esetén: 10.000 Ft/nap,
- másodmagával történő igénybevétel esetén: 8.000 Ft/nap.

A hotelszolgáltatásért fizetendő díjat az ellátás várható időtartama alapján kell a mellékelt nyomtatványon az ellátást igénybe vevővel közölni.

Amennyiben a betegellátás zavartalansága érdekében (és nem a beteg kérésére) szükséges a két ágyas szobák igénybevétele, úgy a hotelszolgálat díját az elhelyezést igénybe vevőnek nem kell megfizetnie. Ebben az esetben a magasabb színvonalú elhelyezés csak a betegellátás zavartalansága érdekében szükséges átmeneti-, lehető legrövidebb időre történik.

A hotelszolgálatért fizetendő díjat – a jelen szabályzat III. fejezet 4. pontjának figyelembe vételével és alkalmazásával - a kórházi Pénztárba kell befizetni ügyfélfogadási időben (08.00-13.00 óra között). Emelt szintű ellátásra vonatkozó díjat és annak tartalmát az osztályok a működési rendjükben határozzák meg.

**Menedzserszűrés egészségügyi szolgáltatások  
(az árak nettó összegek)**

**Általános szűrővizsgálat**

**ÁRA: 70.000 Ft**

- ✓ **Kérdőíves kórelőzmény felmérés**
- ✓ **Széles körű laborvizsgálat**

Vérkép, CRP, vércukor, zsíranycsere (koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid), ionogramm (Na, K, Cl), húgysav, májfunkció (SGOT, SGPT, gamma GT), vesefunkció (kreatinin, carbamid), TSH, PSA vizsgálat, teljes vizelet + üledék

- ✓ **EKG (nyugalmi)**

Az EKG a szív működés műszeres vizsgálatára szolgál. Az EKG görbe kiértékelését a belgyógyász szakorvos végzi. Eltérés esetén további kivizsgálás céljából kardiológushoz irányítja a beteget.

- ✓ **Mellkas röntgen**

Elvégzése évenként kötelező, hiszen nemcsak a tüdő, hanem a szív és a nagy erek állapotáról is ad tájékoztatást. Kórházunk az elkészült felvételeket dokumentálja, amelyek bármikor rendelkezésre állnak összehasonlításra.

- ✓ **Áttekintő hasi – és kismedencei ultrahang vizsgálat**

A hasüregi (máj, epehólyag, vesék, hasnyálmirigy, lép) és kismedencei szervek (húgyhólyag, nőknél a méh, petefészkek, férfiaknál a prosztata) ábrázolhatók a vizsgálat során.

- ✓ **Szemészeti vizsgálat**

A vizsgálat alkalmával a látás élesség mellett szemnyomás mérés is történik.

- ✓ **Fül-orr-gégészeti vizsgálat**

A garat, gége, fül, szájüreg, orr elváltozásait vizsgáljuk.

- ✓ **Nőgyógyászati vizsgálat cytológiával, nőgyógyászati UH vizsgálattal/ urológia+ PSA**

- ✓ **Belgyógyászati – kardiológiai vizsgálat**

A vizsgálat az egyéni és családi kórelőzmény felvételéből és fizikális vizsgálatából áll. A leletek ismeretében a belgyógyász szakorvos összegző véleményt és (gyógyszeres, étkezési, életmódbeli) javaslatot tesz.

**Emelt szűrés nők részére:**

- **40 év felett Mammográfia ( Komplex emlő vizsgálat- emlő felvétel +UH)**

+ Nőgyógyászati vizsgálat cytológiával, nőgyógyászati UH vizsgálattal 40.000 Ft

- **40 év alatt Emlő UH**

+Nőgyógyászati vizsgálat cytológiával, nőgyógyászati UH vizsgálattal 25.000 Ft

**Nőgyógyászati endokrinológia:**

25.000 Ft

Hormon vizsgálatok (TSH, FSH, LH, Prolactin, Ösztradiol, Progeszteron, Tesztoszteron)  
Endokrinológus szakorvossal való konzultáció

**Onkológiai szűrés - 50év felett ajánlott**

65.000 Ft

Kolonoszkópia+Tumormarkerek+Sebészeti szűrés  
(Kolonoszkópia előzetes előkészítést igénylő vizsgálat)

10. sz melléklet

**Államközi szerződés, Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi  
együttműködési egyezmények alapján történő ellátás**

Útlevel felmutatása ellenében életet veszélyeztető heveny megbetegedések és halaszthatatlan, a beteg állapotának stabilizálásának céljából végzett **sürgősségi ellátás** nyújtható a következő országok állampolgárainak:

**Államközi egyezmények**

1	<b>Angola</b> (17/1984. III. 27 MT rend.)
2	<b>Észak-Korea</b> (14/1975. (V. 14.) MT rendelet) (csak KNDK állampolgárai)
3	<b>Irak</b> (47/1978. X. 4 MT rend.)
4	<b>Jordánia</b> (15/1981. V. 23 MT rend.)
5	<b>Kuvait</b> (33/1979. X. 14 MT rend.)
6	<b>Mongólia</b> (29/1974.(VII.10.) MT rend.)
7	<b>Macedónia</b> (1959. évi 20. számú rend. Magyar-Jugoszláv szociálpolitikai Egyezmény)
8	<b>Kosзовó</b> (1959. évi 20. számú rend. Magyar-Jugoszláv szociálpolitikai Egyezm.)
9	<b>Ukrajna</b> (1963. évi 16. számú rendelet - Magyar-Szovjet Egyezmény)

**Bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak ellátása**

A bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat a bosnyák biztosítottak a BH/HU111 nyomtatvánnyal (9. számú melléklet), a montenegrói biztosítottak a CG/HU111 nyomtatvánnyal (11. számú melléklet), a szerbiai biztosítottak az SRB/HUN 111 nyomtatvánnyal (16. számú melléklet) vehetik igénybe. Mind a bosnyák, mind a montenegrói, és szerbiai biztosítottak tervezetten is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU112, ill. CG/HU112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal. (10. 13. és 17. sz. melléklet).



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**11. sz. melléklet**

**Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet**

**BEFOGADÓ NYILATKOZAT**

**(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottak a Budapesti Jahn Ferenc  
Dél-pesti Kórház és Rendelőintézetbe történő beutalása esetén)**

**A beutaló orvos neve:** .....

**Címe:**.....

Orvosi pecsét száma: .....

**Megkeresés időpontja** (év, hónap, nap, óra,): .....

**A beutalt biztosított beteg neve:** .....

Születés ideje: .....(év, hó, nap); TAJ száma: .....

Lakcíme: .....

**A beutalással érintett Osztály/Ambulancia/Szakrendelő neve:** .....

**A beutalás szerint tervezett vizsgálat/kezelés/műtét/beavatkozás/szakellátás megnevezése,**  
melyhez a jelen befogadó nyilatkozatot kéri:

**A fent megnevezett szakellátás elvégzése érdekében, fent megnevezett biztosítottat megjelölt osztályunkon /ambulancián/ szakrendelőben fogadjuk és a nevesített szakellátást részére – a rendelkezésünkre álló személyi és tárgyi feltételek mellett - **biztosítjuk**, az ellátásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően, valamint a biztosított betegnek a szakellátásra vonatkozó beleegyező nyilatkozata alapján.**

Jelen befogadó nyilatkozat a 217/1997. (XII. 01.) Korm. rend. 3/A.§ (2), (3) bekezdése szerint, a **beutaló orvosnak a biztosított kérésére történő megkeresése alapján** került kiállításra **3 eredeti példányban**, melyből 1-1 példányt a biztosított, a beutaló orvos, valamint a befogadó egészségügyi szolgáltató rendelkezésére kell bocsátani és a biztosított egészségügyi dokumentációjában meg kell őrizni.

**A befogadó nyilatkozatot adó osztályvezető főorvos/helyettese/ orvos igazgató / főigazgató/ aláírása, pecsétje:**

Kelt: Budapest, .....

P.H. ....



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYSZÉSGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**12.sz. melléklet**

**Nyilatkozat/ Disclaimer**

Az egészségügyi adat szigorúan védett személyes adat. Az ellátott írásbeli engedélye nélkül az egészségügyi szolgáltató az ellátott biztosítója számára nem továbbíthatja.

*The medical records is a strictly protected personal data. According to this the Health Service Institute is not allowed to transmit the medical records of the patient's to the Insurance Company without the patient's written permission*

Jelen nyilatkozat keretében az ellátott visszavonhatatlan hozzájárulását adja az egészségügyi szolgáltató számára, hogy az ellátása térítési díjának rendelkezése céljából az egészségügyi szolgáltató az ellátott által jelen nyilatkozat keretében megjelölt biztosító részére az egészségügyi adatokat megküldje.

*In this statment the patient gives the unrevocable permission to the Health Service Institute to transmit his medical records tot he Health Insurance Company in order that his expenses to be covered.*

Biztosító / insurance company

.....

Biztosító elérhetősége/ insurance company adress:

.....

Budapest, .....

.....

Beteg aláírása / Patient signature

Tanú 1, Wittness: .....

Tanú 2, Wittness: .....



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

13.sz. melléklet / a

**REGULATION of taxation fee in case of an outpatient treatment at a special treatment**

1./ Data's for taxation:

**PROVIDER DEPARTMENT:**.....

**NAME OF PATIENT:**.....

**DATE, PLACE OF BIRTH :**.....

**MOTHER NAME:**.....

**IDENTITY CARD NUMBER** .....

**TAX ID NUMBER:**.....

**PERMANENT ADDRESS :**.....

**NATIONALITY :**.....

**PASSPORT NUMBER (in case of foreign nationality):**.....

Code of hospital service/disease (ICPM code – in hungarian OENO code)	Name of ICPM code / Name of OENO code	Value of the OENO (code of hospital service/disease)	Amount of the OENO code	Charges of the treatment
<b>Total</b>				
<b>To be paid</b>				

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
 medical doctor/treating doctor signature,  
 official stamp

2. Undersigned patient .....(name of the patient in printed letter) I acknowledge/recognise that Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Hospital and Treatment Institute provided me medical services and the cost/expenses of these services must be paid /weared by me.

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
 patient signature, and printed name



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**13.sz. melléklet / b**

**Cost calculation and statement of taxation and payment in case of in-patient treatment**

1./ Data's for taxation:

**PROVIDER DEPARTMENT:**.....

**NAME OF PATIENT:**.....

**DATE, PLACE OF BIRTH :**.....

**MOTHER NAME:**.....

**IDENTITY CARD NUMBER** .....

**TAX ID NUMBER:**.....

**PERMANENT ADDRESS :**.....

**NATIONALITY :**.....

**PASSPORT NUMBER (in case of foreign nationality):**.....

<b>ICD code (in hungarian BNO code)</b>	<b>ICD name</b>	<b>Code of hospital service/disease (ICPM code – in hungarian WHO code)</b>	<b>Name of ICPM code / Name of WHO code</b>
<b>Special financing tool (type, indication by peaces)</b>			
<b>Expected days of treatment</b>			

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
medical doctor/treating doctor signature,  
official stamp



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

2./ Undersigned patient, I request/authorize the Finance Department that according to Controlling department's calculation to invoice the cost of treatment or /the deposit of the cost of treatment.

.....  
Patient signature

**3./ Cost of treatment calculation:**

**Prior to point 1. data's of the hospital service of patient:** .....

Type of treatment	DRG code (in hungarian HBCS code)	DRG name (in hungarian HBCS name)	Value of DRG	Treatment day's	Department factor in long term care
acut care					
long term care					

**Expected cost** according to present financing system:.....HUF, ..... Hungarian forint.

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
Kontrolling Department Signature

**Effective/actual cost ( if differs from the pior calculation)**.....HUF, .....Hungarian forint.

Reason of difference:.....

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
Kontrolling Department Signature

**4./ DEPOSIT PAYMENT- according to point 3. treatment cost calculation before the start of hospital service :**

**DEPOSIT TO BE PAID**..... HUF, ..... Hungarian forint.

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
Kontrolling Department Signature

5./ Undersigned .....(name of the patient in printed letter) acknowledge/recognize that Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Hospitaly and Treatment Institute provided me health care services, the cost of the services have to be paid by me and I state that I have the amount to cover these services. In case of a planned treatment I acknowle that the DEPOSIT/TOTAL AMOUNT of the services must be paid before the start of the planned hospital services.

I recognize that:

- in case of a planned treatment the terms of providing the services
- In case of an urgent/acute treatment after the life threatening ends the terms of providing services is the payment of the DEPOSIT/TOTAL AMOUNT of the hospital services.

I acknowledge that the unpaid services/invoices must be paid within 15 days from the treatment.



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
Patient signature

6./ The patient's PAID AMOUNT:.....HUF . .....DEPOSIT/TOTAL AMOUNT  
Payment receipts number: .....

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
Finance Department Signature

7./ I recognize that I am convinced that the payment of the provided hospital services (according to point 2. and 6.) is done and paid. I started the treatment of the patient.

Budapest, ..... day .....month .....year

.....  
medical doctor/treating doctor signature,  
official stamp



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**13.sz. melléklet/c**

*Application for hotel service*

Undersigned ..... (name),  
from ..... (address),  
with passport/ID No ....., wish to apply for a single/double/triple\* room for private  
accommodation ) for the length of my stay at the Department of .....  
in Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Hospital, Budapest. I am willing to share the room with no/one/two\*  
person(s). (\*: please indicate with underlining)

I am willing to pay according to Chapter II of present hospital regulations for fees of medicals services,  
by which the expected expense of the abovementioned accommodation is ..... HUF,  
calculated by ..... HUF/day.

I acknowledge to be liable to pay the expense of accommodation for the actual length of hospital stay. I  
oblige myself to complete the whole payment according to the final receipt issued by the hospital on the  
last day of my stay, prior to my departure at the Counter.

I understand, that uneven territorial patient turnover may alter the availability of hotel services provided  
by the hospital. In this case, the hospital may not be able to accept my application for special  
accommodation, therefore, I am also exempt from the charges mentioned above.

Budapest, .....

.....  
name of applicant



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**13.sz. melléklet/d**

Acknowledgement of debt

*I, the undersigned* .....  
*(place of birth: ..... date of birth: .....*  
*permanent address* .....  
.....  
*/country, street No., street, zip code, town/* .....  
.....  
*/the name and the address of my insurance company/* .....  
*/my insurance number/, acknowledge that I was treated from* .....  
*up to* ..... *(day, month, year), altogether* ..... *days in the*  
..... *Hospital* ..... *(town) and I have not*  
*settled my debt in an amount of HUF* ..... *concerning the costs*  
*of my medical treatment and that of my nursing.*

*Hereby I acknowledge my debt and certify that on the notice of the competent*  
.....  
*I will immediately settle my debt being due to the Hospital*  
..... *in case it was not settled previously yet.*

*Date:* .....

*Signature:* .....

*No. Of passport or ID:* .....

*Witness:* .....

*Witness:* .....



**BUDAPESTI JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET**  
**SZABÁLYZAT AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK**  
**TÉRÍTÉSI DÍJAIRÓL**

**14. számú melléklet**

**Alapdíjak/Pontforintértékek**

Alapdíjak:

Díjtétel

Díj

Aktív fekvőbeteg ellátás súlyszám forintértéke:	198 000 Ft
Krónikus/rehabilitációs ellátás alapdíja	6 600 Ft
Járóbeteg ellátás németpont forintértéke	1,98 Ft

Krónikus/Rehabilitációs osztályok szorzói:

<b>Osztály</b>	<b>Szorzó</b>
I. Krónikus Belgyógyászati Osztály	1,2
II. Krónikus Belgyógyászati Osztály	1,2
III. Krónikus Belgyógyászat	1,2
IV. Krónikus osztály	1,2
V. Krónikus osztály	1,2
Központi Rehabilitáció	2
I. Belgyógyászati Rehabilitációs Osztály	2
I. Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály	2
Addiktológiai Rehabilitációs Osztály	1,3
III. Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály	2
III. Pszichiátria - nappali ellátás 25 ágyon	1,4
Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály	1,3