



Felvilágosítás az ellátás várható költségéről

Beteg neve:
Születési idő:év.....hó.....nap
Állampolgárság:
Lakcím:

q Első vizsgálat

q További vizsgálat, beavatkozás, kezelés megnevezése, német pontszám:

—
—
—
—

q Fekvőbeteg ellátás:

HBCS:.....

Súlyszám:.....

Implantátum, műlencse, stent:.....

Krónikus ápolási napok száma:.....

q Extra szolgáltatások:

q MedHotel elhelyezés:.....

q Egy ágyas szoba 15. 000 Ft / nap

q Két ágyas szoba 12. 000 Ft / nap

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége:..... HUF

Köszönjük, hogy kórházunkat megtisztelte bizalmával!

Debrecen, 20....év.....hó.....nap

.....
felvilágosító orvos aláírása

P.H.

Az előre kalkulált kezelés költségét vállalom, az összeget a vizsgálat elvégzése előtt / kórházi felvétel napjáig megfizetem. A várható költségeken kívül jelentkező költségeket a távozás napján megfizetem.

.....
beteg aláírása