**3/B. sz. melléklet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szervezeti egység neve:Ápolási Osztály | Szervezeti egység azonosítója: 0701A2310 | Iktatószám: |

**MEGÁLLAPODÁS**

ápolási szolgáltatás igénybevételéről

*mely létrejött egyrészről a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház (székhely:8000 Székesfehérvár, Seregélyesi út 3. adószám:15360025-2-07) másrészről*

**Név:**

**Születési hely, idő:**

**TAJ:**

**Lakcím:**

*szám alatti lakos között ápolási szolgáltatás igénybevételére.*

**Az ápolás igénybevétele:**

évhónapjától

évhónapjáig

**Ápolási osztályon fekvő beteg ellátási díja:**

***Felvételi díj: 6.000 Ft***

***Az ellátás időtartamára: 3.000 Ft/nap***

** Alapszolgáltatás**

**Orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén**, illetve krónikus fekvőbeteg ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a  **kiegészítő térítési díj: 800 Ft/nap (\*nettó)**

** Többletszolgáltatás igénybevétele: + 2.200 Ft/nap (\*nettó)**

**\*** *az ÁFA törvényben jelenleg mentes az adó alól*

*Az intézmény a megjelölt szolgáltatásokért készpénzfizetési számlát állít ki.*

*Az aktuális gondozási díjat a Megállapodás lejárta előtt két nappal kérjük a Kórház pénztárába befizetni.*

*A szolgáltatási díj befizetése a számla kiállításával egy időben esedékes. Minden megkezdett ellátási nap egész napnak számít.*

1. *Az ápolást kérő, illetve hozzátartozó vállalja, hogy az ápolás megkezdésekor 30 napi szolgáltatási díjat fizet be készpénzben a Kórház pénztárába.*
2. *Jelen megállapodás megszűnik, ha az ápolt*
* *vagy hozzátartozója kéri írásban,*
* *aktív fekvő beteg gyógyintézeti ellátásra szorul,*
* *ápolást, kérő hozzátartozója a fizetési kötelezettségét nem teljesíti,*
* *idősek otthonába kerül,*
* *ápolásra szóló jelen megállapodás lejár,*
* *zavart állapotával összeférhetetlen magaviseletével a többi ápolt nyugalmát tartósan veszélyezteti.*
1. *Az ápolást kérő, illetve hozzátartozója tudomásul veszi, hogy jelen megállapodás felbontásakor az ápolt otthonába (állandó lakhelyére) távozik.*
2. *Amennyiben a megállapodás lejárta előtt szűnik meg a szolgáltatás, úgy az ellátást követő második nap után kerül visszafizetésre az ápolási díj.*

*Székesfehérvár,*

Javaslattevő:

....................................................

 Nyakas Eszter
 osztályvezető

Hozzátartozó adatai:

Neve:

Lakcíme:

Személyi igazolvány száma:

Hozzátartozói minőség:

Telefonszáma:

...................................................... .........................................

ápolást kérő / hozzátartozó / eltartó Szabó Bakos Zoltánné

 ápolási igazgató

Pénzügyi ellenjegyző: .........................................

 gazdasági igazgató

**NYILATKOZAT**

*Tudomásul veszem, hogy hozzátartozóm a Megállapodásban meghatározott ideig tartózkodhat az Ápolási Osztályon.*

Tudomásul veszem, hogy a kórház ellátás megszűnése után gondozási - ápolási kötelezettségem visszaáll, hozzátartozóm további ápolásáról, ellátásáról gondoskodom, otthonába, vagy más intézménybe szállítom. Az Ápolási Osztályon időközben adódó problémák rendezésére az osztály értesítése alapján köteles vagyok megjelenni. Az Ápolási Osztály rendjét és házirendjét tudomásul veszem, azt magamra nézve kötelezőnek. tekintem.

A Megállapodás lejárta után amennyiben a fentieknek nem teszek eleget, tudomásul veszem, hogy hozzátartozómat mentővel a lakásomra szállítják.

Székesfehérvár,

…................................................................ …........................................................

 ápolást kérő / hozzátartozó / eltartó tanú