

Előjegyzés dátuma: .....

Ügyintéző neve: .....

**ELŐJEGYZÉSI / FELVÉTELI KÉRELEM**  
**A KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZAT I., KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZAT II., vagy ÁPOLÁSI**  
**OSZTÁLYRA (szükség esetén az osztály aláhúzendó)**

**AZ ELŐJEGYZÉST / FELVÉTELT IGÉNYLŐ (BETEG):**

Neve: .....

Születési neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: ..... Telefonszáma: .....

**AZ ELŐJEGYZÉSI / FELVÉTELI KÉRELMET BENYÚJTÓ SZEMÉLY:**

Neve: .....

Születési neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Rokonsági foka, kapcsolat jellege: ..... Telefonszáma: .....

Lakcíme: .....

E-mail cím: .....

Szabad helyek esetén az itt megadott elérhetőségeken (telefonon) fogunk jelentkezni. A beteg érkezését követő, későbbi kapcsolattartás során minden kérdésben a hatályos és vonatkozó jogszabályokban, a Kórház szabályzataiban és a Háziarendjében foglaltakat tekintjük irányadónak.

**ÁPOLÁSI DÍJ: A FELVÉTEL NAPIJÁTÓL 2025. ÁPRILIS 1-TŐL 8000 FT, MINDEN MEGKEZDETT NAPRA**

**Az ápolási díj megfizetésének módja:** készpénzben az intézmény pénztárában, vagy átutalással.

Alulírott, a fentiek mellett tudomásul veszem, hogy a Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Irgalmasrendi Kórháza - a beteg állapotától függően - a felvételtől számított **3-6 hónapig vállalja** hozzátartozóm ápolását. Ez idő alatt gondoskodom idősek otthonában, vagy egyéb intézményben történő elhelyezéséről. Ebben a folyamatban a kórház szociális munkása nyújt segítséget.

**A kérelmező felelősséget vállal az ápolási díj - a Kórház szabályzataiban foglaltaknak megfelelő módon és időben – kiegyenlítéséért (amennyiben az ápolást igénylő részéről elmarad). Kérelmező kijelenti, hogy az ápolási díj fizetésének feltételeit, szabályait megismerte és felelősséget vállal annak kiegyenlítéséért.**

**Felvételkor** a klinikai zárójelentését, vagy a háziorvosi beutalóját feltétlenül hozza magával!

Pécs, ..... év ..... hónap ..... nap

.....

ápolást igénylő

.....

kérelmező