

PROHLÁŠENÍ PACIENTA – SAMOPLÁTCE

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Číslo OP nebo pasu:

Státní příslušnost:

Bydliště v ČR (podle dokladu):

Předpokládaná doba pobytu v ČR do:

Níže podepsaný pacient prohlašuje, že bere na vědomí, že zdravotní péči, kterou vyžaduje od odborných pracovníků Revmatologického ústavu je povinen uhradit z vlastních prostředků, neboť nemá v ČR sjednáno zdravotní pojištění.

Pacient souhlasí s rozsahem zdravotní péče, kterou ošetřující lékař navrhuje (blíže v poznámce).

Pacient se zavazuje, že po každém dokončeném vyšetření (ošetření) uhradí bezodkladně v pokladně ústavu částku, která mu bude účtována Dokladem, vystaveným v útvaru smluvních vztahů.

Pacient bere na vědomí, že byl seznámen s tím, že cena 1 bodu je stanovena rozhodnutím ministerstva financí v částce 1,10 Kč. Z této ceny bude vycházet účet pacienta.

V Praze dne:.....

.....
vlastnoruční podpis pacienta

Místo na poznámku (slovně plánovaný rozsah vyšetření (ošetření), např. biochemické vyšetření, hematologie, RTG, sonografie, osteodenzitometrie, léčebná rehabilitace apod.):

Příloha č. 2

Dohoda o záloze na poskytovanou zdravotní péči

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Číslo OP nebo pasu:

Státní příslušnost:

Bydliště v ČR (podle dokladu) :

Výše uvedený pacient a ošetřující lékař se dohodli, že pacient uhradí v pokladně Revmatologického ústavu zálohu na zdravotní péči, kterou si vyžádal a s jejímž rozsahem souhlasil na doporučení ošetřujícího lékaře.

Předpokládaná cena poskytované péče:

Výše zálohy k úhradě v pokladně RÚ:

V Praze dne:

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

.....
podpis pacienta