

PROHLÁŠENÍ O ÚHRADĚ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE (ONP)

Jméno a příjmení klienta:

Číslo dokladu o příjmu: Číslo zdravotní pojišťovny:

Výše jmenovaný klient nastoupil dne na lůžko oddělení následné péče nemocnice Tanvald s.r.o..

Nad rámec úhrad z veřejného zdravotního pojištění, které slouží k úhradě za veškerou zdravotní péči i náklady na pobyt – ubytování a stravu, poskytujeme služby doplňkové:

- sociální poradenství – sepsání žádosti o poskytnutí příspěvků na péči, sepsání žádosti do domova seniorů, zajištění návazné sociální péče po propuštění, vystavení potvrzení o hospitalizaci na žádost klienta
- na pokoji - LCD TV, internetové připojení
- inkontinenční pomůcky nad rámec hrazený ZP
- vedení individuálních depozitních účtů, pro platby soukromých aktivit př. nájemné, inkaso, atd.
- zajištění dosílání a vyzvedávání finančních prostředků (starobních/invalidních důchodů, dávek vyplácených ÚP, atd.)

a to za úhradu ve výši 100,- Kč za den, v níž jsou zahrnuty služby, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Pacient/osoba blízká výslovně prohlašuje, že se zavazuje uhradit celkovou účtovanou částku podle výše uvedených podmínek za pobyt na lůžku následné péče nemocnice Tanvald s.r.o. při ukončení hospitalizace nebo v případě dlouhodobé hospitalizace nejpozději do 10. dne následujícího měsíce.

Platba je možná v hotovosti na recepci nemocnice Tanvald s.r.o. nebo bankovním převodem na účet 317490183/0300, variabilní symbol dle dokladu (zpravidla rodné číslo pacienta)

Fakturu/pokyny k platbě vystavuje sociální pracovnice nemocnice Tanvald s.r.o. při propuštění/překladi nebo při dlouhodobé hospitalizaci nejpozději do 5. dne následujícího měsíce.

Souhlasím se všemi podmínkami.

Datum:

Podpis klienta:

Zdravotní stav nedovoluje pacientovi podpis (důvod):

Svoji vůli (souhlas/nesouhlas) projevil:

.....
Za poskytovatele

.....
Jmenovka a podpis svědka