

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 (dále jen „RÚ“) je povinen uhradit zvláštních 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 bude vyznačena v tiskopise „Ceníku“ nebo převodem na účet RÚ na základě faktury, která bude vystavena finanční účtárnou z podkladů vystavených v referátu zdravotních pojišťoven.

Bere na vědomí, že byl seznámen s tím, že cena 1 bodu je stanovena rozhodnutím vedení RÚ 1,32 Kč pro samoplátce z ČR, EÚ a smluvních států (kód ZP 888) nebo 3,- Kč pro samoplátce mimo EÚ (kód ZP 889).

vlastnoruční podpis pacienta

V Praze dne:

Poznámka:
stručný rozsah plánovaných vyšetření - ošetření