

TAJ szám :
Reg. szám :



NÉV

Tárgy: Értesítés a beutaló érkezéséről, tájékoztató megküldése

ENY 1-2

Tisztelt !

Beutalóját napján megkaptuk, melyet
..... regisztrációs számon nyilvántartjuk.

Kérjük, a mellékletben megküldött nyilatkozatot kitölteni és azt a mellékelt válaszborítékban intézetünknek 30 napon belül visszaküldeni szíveskedjen, ennek hiányában beutalója törlésre kerülhet.

Kérelmének elbírálása folyamatban van, értékelésünkben szerepet játszik esetleges, 3 hónapon belüli mozgásszervi műtétje, betegségének jellege, a kezelés szükségszerűsége, a jelentkezők száma, valamint kórházi kapacitásunk mértéke is.

Döntésünk meghozataláig szíves türelmét kérjük!

Hévíz,

Tisztelettel:

Betegfelvételi Bizottság

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő

Tel.: +36-83 / 501-700 mellék: 331, hétfőtől péntekig munkanapokon 9-12 óráig

www.spaheviz.hu , e-mail: felvbiz@spaheviz.hu

#!AKTUSERKODJA; #!AKTDATUM; #!AKTIDO;

Tárgy: Nyilatkozat (elhelyezésről)

Tisztelt !

Tájékoztatjuk, hogy a mellékletként megküldött nyilatkozat kitöltésével lehetősége van az elhelyezését, behívási szempontjait megadni. Ezen nyilatkozat a Felvételi Bizottság számára tájékoztató jellegű, kötelezettségvállalást számunkra nem jelent, de mint kérést a lehetőséghez képest figyelembe vesszük.

Kérjük a nyilatkozatot értelemszerűen kitöltve ("X"-el megjelölve a kívánt szolgáltatást), azt aláírva a mellékelt válaszborítékban 30 napon belül visszaküldeni szíveskedjék! Ha a személyi adataiban változás állt be, azt a mellékletben írásban közölje, illetve a könnyebb kapcsolattartás érdekében saját telefonszámát, elérhetőségét megadni szíveskedjen!

Kérjük vegye figyelembe a következőket!

Mikor ellenjavallt a hévízi kúra? Egyes olyan kísérő betegségekben amikor nem, vagy nem elégséges eredménnyel kezelt (súlyos szív érbetegség, szívelégtelenség, általános érlemeszesedés, mely tájékozódás nehezítettségével jár, gyógyszerrel is nehezen egyensúlyban tartható magas vérnyomás, rosszindulatú daganatok, széklet-, vagy vizelettartás nehezítettsége, eszméletvesztéssel járó betegségek (pl.: epilepszia), cukorbetegség gyakori kómával, terhesség, stb.) Kérjük, és javasoljuk, hogy súlyosabb és állandó kísérőbetegség esetén kérjen előzőleg tájékoztatást az illetékes szakorvostól.

Hévíz,

Tisztelettel:

Betegfelvételi Bizottság

TAJ szám :
Reg. szám :



Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő Felvételi Bizottság

Hévíz

Dr. Schulhof Vilmos sétány 1.

8380

ENY-3

NYILATKOZAT *(Az árváltozás jogát fenntartjuk!)*

Alulírott alatti lakos,
.....; **regisztrációs számú** beutalóval rendelkező,
nyilatkozom, hogy

☐

Alapszintű kórházi elhelyezést kérek Elhelyezés kétágyas szobában. (fürdőszobás: A, B, C osztály, szobák közti közös fürdővel ellátott szoba: D osztály) ruhaszárító a szobában

Közös elhelyezés igénylése esetén: 1.500 Ft/fő/nap

Parkolási lehetőség az Intézmény területén kívül 2000 Ft/nap/gk.

☐

Emelt szintű kórházi elhelyezést kérek (az Alapszintű elhelyezésen túl hűtőszekrény, TV, kezelőkendő, kétágyas szoba, közös elhelyezés az árban)
Parkolás az Intézmény területén 1000 Ft/nap/gk.

7.900 Ft/fő/nap

☐

Emelt plusz szintű kórházi elhelyezést kérek (az Emelt szinten túl parkra néző egyágyas erkélyes szoba, törölköző, kiegészítő étkezés és parkolás az Intézmény területén az árban biztosítva)

23.900 Ft/fő/nap

Kérjük, válasszon a fenti elhelyezési formák közül!

☐

48 órán belüli behívást vállalom (telefonos elérhetőséget kérünk megadni)

☐

Ünnepnap behívást vállalom (Húsvét, Karácsony, Újév)

☐

Parkolást igénylek, parkolási díj megfizetését vállalom! Forgalmi rendszám: _____

A könnyebb kapcsolattartás érdekében telefonos elérhetőségét szíveskedjék megadni!

Telefonszám: _____ E-mail : _____ @ _____

NY I L A T K O Z A T - Közös elhelyezés igényléséről

Alulírott (név) nyilatkozom, hogy (név)
..... alatti lakos regisztrációs
számú beutalóval rendelkező beteggel kérjük a **közös elhelyezést, a közös elhelyezés díjának megfizetését vállaljuk!**

A nyilatkozat hátoldalán lévő személyes adataim kezelésére vonatkozó tájékoztatást megértettem, az adatkezeléshez

hozzájárulok

nem járulok hozzá*

(kérjük aláhúzással jelölje)

* ez esetben a Tájékoztató (II. pontja) értelmében a beutalót visszaküldjük

Kelt:

.....

sajátkezű aláírás

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ

Az Ön személyes adatainak kezelésére nézve az alábbi tájékoztatást adjuk:

Az adatkezelő és képviselője:

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő, 8380 Hévíz, Dr. Schulhof Vilmos sétány 1., képviseli:
dr. Holléné dr. Mándó Zsuzsanna főigazgató, intézményvezető; telefon: 83/501-700, email:
titkarsag@spaheviz.hu

Adatvédelmi tisztviselő:

Dr. Cseh Bujtor Éva, telefon +36 83 501-701, e-mail: eva.csehbujtor@spaheviz.hu

Az adatkezelés célja, jogalapja:

1. Az Ön személyes adatainak kezelését a kórház elsősorban azért végzi, hogy Önnek megfelelő egészségügyi ellátást, szolgáltatást nyújtson. Indokolt esetben, valamint az Ön kérésére, kórházon kívüli szakvizsgálatok, konzílium, más szolgáltatónál történő ellátás érdekében adatait továbbítjuk más adatkezelőhöz vagy adatfeldolgozóhoz. Az ezekből a célból történő adatkezelésre hozzájárulása alapján van lehetőség.
2. Személyes adatai kezelésének az is célja, hogy a kórház számára előírt esetekben és okokból az arra jogosult szervezeteknek, személyeknek, hatóságoknak adatait továbbítsuk, kiadjuk. Ilyen például a hatósági, bírósági megkeresések teljesítése, a közegészségügyi adatok gyűjtése. Ezeknek jogszabályi rendelkezések alapján, közérdekből illetőleg jogi kötelezettségként teszünk eleget.
3. A kórház működtetése, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása céljából is szükséges adatainak kezelése, melyeket evégett jogszabályban feljogosított szervezetekhez továbbítunk. Ekkor közérdekű, jogi kötelezettségeinket teljesítjük.
4. Annak, akinek ellátása az egészségügyi jogszabályok szerint elengedhetetlenül szükséges, de adatkezelési hozzájárulást állapota miatt adni nem tud, adatait létfontosságú érdeke alapján kezeljük.
5. Adatait az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) részére az egészségügyi ellátások támogatása céljából, jogi kötelezettség keretében továbbítjuk.
6. A kórház egyes közösségi területein biztonsági célból kamerákat működtetünk, a kórház jogos érdekeire – a közvagyon óvása, a betegek és a dolgozók személyi biztonsága miatt - alapozva.

Az adatszolgáltatás az Ön ellátása érdekében kötelező.

A kezelt személyes adatok köre:

Név, születési név
Születési hely, édesanyja neve
Lakcíme, tartózkodási helye
Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám)
Egészségügyi állapotával kapcsolatos, az intézményben és más egészségügyi szolgáltatónál keletkezett adatok.

Az adatkezelés időtartama:

A zárójelentéseket 50 évig, az egyéb egészségügyi adatokat 30 évig, a röntgenfelvételeket 10 évig őrizzük.

Az Ön adatkezeléssel kapcsolatos jogai:

Kérelmezheti adatai megismerését, helyesbítését, törlését, kezelésének korlátozását, tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen, adatai kiadását vagy továbbítását kérheti.

Az adatkezelés megtagadásának következményei:

- I. Amennyiben Ön nyilatkozattételre képes, jogosult az adatainak kezeléséhez való hozzájárulás megtagadására azokban az esetekben, amikor az adatkezelés jogalapját a hozzájárulás képezi (III.1. pont).
- II. Ennek az a következménye, hogy a kórház nem nyújthat az Ön számára egészségügyi szolgáltatást (jelen esetben felvételi eljárást). Ez alól kivétel, ha a beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások – ide érve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, továbbá, ha Ön közvetlen életveszélyben van.

Panaszjog:

Adatkezelésével kapcsolatos panaszával a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c.) (www.naih.hu) fordulhat.

További információk:

Adatkezelésünkkel és az EESZT-vel kapcsolatban további információkat a www.spaheviz.hu honlapon elérhető adatvédelmi szabályzatból és adatkezelési tájékoztatókból, valamint a kórház munkatársaitól és tisztségviselőitől kaphat.