Házi szakápoló szolgálat
kapcsolat@aviancare.hu | +36 30 200 1900

Szakápolás | Házi betegápolás | Gyógytorna
www.aviancare.hu

HÁZI BETEGÁPOLÁS MEGRENDELŐLAP

Megrendelő adatai (Kötelező)

Számlafizető neve: _____ Szem. igazolvány száma: _____

Lakcíme: _____ Lakcímkártya száma: _____

Születési hely, idő: _____

Mobiltelefonszám: _____ Bank: _____

E-mail: _____ Bankszámlaszám: _____

Páciens adatai (Kötelező)

Neve: _____

Leánykori neve: _____

Taj. száma: | | | | - | | | | - | | | |

Lakcíme: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Elérhetőségei: _____

Igényelt szolgáltatás(ok)	**gyakorisága**	**összege**
◯ Idősgondozás/felügyelet (level1)		
◯ Házi betegápolás (level2) 1h, 4h, 8h, 10h, 24h, idősgondozás		
◯ Emelt szintű Házi betegápolás (level 3) szakápolás, emelt szintű betegápoló, 12h- 24h/műszak		
◯ Szakápolás eseti / rendszeres infúzió folyatás, katétercsere, sebkezelés, nyiroködéma, EKG vizsgálat		

Szolgáltatás kezdete: ..... év ..... hónap ..... nap

Szerződés időtartama (jelölendő):

◯ Határozatlan idejű szerződés, 30 napos felmondási idővel.

◯ Határozott idejű szerződés, lejárat napja: ..... év ..... hónap ..... nap

.....
Megrendelő aláírása

A Megrendelőlapon szereplő szolgáltatás(ok) díja a jelen dokumentumban, illetve írásban (emailben) rögzített összeg. A Megrendelőlap aláírásával a Megrendelő kijelenti, hogy a Szolgáltató Általános Szerződési Feltételeit (https://www.aviancare.hu/jogi/aszf) megismerte, megértette és elfogadja. A Megrendelőlap és az ÁSZF együttesen képezik a Megrendelő és a Szolgáltató között létrejövő egészségügyi szolgáltatási szerződést.

A szerződés időtartama a Megrendelőlap megfelelő pontján megjelöltek szerint határozatlan vagy határozott idejű. Határozatlan időtartam megjelölése esetén a szerződés határozatlan időre jön létre, 30 napos felmondási idővel. Határozott időtartam megjelölése esetén a szerződés a megjelölt lejárati időpontig érvényes, és ezen időtartam alatt a Megrendelő a szerződést rendes felmondással nem szüntetheti meg. A határozott idő lejárta előtti megszüntetés esetén a Megrendelő köteles a határozott időből még hátralévő, megrendelt szolgáltatási időszak teljes díját megfizetni.

Mind határozott, mind határozatlan idejű szerződés esetén a szolgáltatás megkezdését követő első 14 nap (2 hét) minden esetben kötelezően fizetendő időszak. A Megrendelő a 14 napra vonatkozó díj visszatérítésére semmilyen jogcímen nem jogosult akkor sem, ha a szolgáltatás megkezdését követően a szolgáltatást részben vagy egészben nem veszi igénybe, a Páciens elhalálozik, kórházi felvételére kerül sor, vagy a gondozási/ápolási szükség bármely okból megszűnik.

Minden megkezdett ellátási nap teljes napnak minősül. A szolgáltatás díja minden esetben előre fizetendő. A Szolgáltató kéthetes elszámolási időszakokra állít ki számlát, amelyet a Megrendelő az adott időszak megkezdése előtt köteles kiegyenlíteni.

A Megrendelőlap egy eredeti példányban készül, amelyet a Szolgáltató őriz. A Szolgáltató a Megrendelő részére a dokumentum szkennelt másolatát emailben megküldi. Amennyiben a Megrendelő a Megrendelőlap aláírását nem a Szolgáltató jelenlétében végzi el, úgy a Megrendelő köteles az általa aláírt eredeti példányt 3 munkanapon belül a Szolgáltató székhelyére (AVIAN Care Kft., 1095 Budapest, Soroksári út 48.) eljuttatni.

A Megrendelő kijelenti, hogy a fenti szolgáltatás(ok)at a megnevezett Páciens számára megrendeli, a Megrendelőlap és az ÁSZF minden rendelkezését elfogadja, és az ezek alapján létrejövő szerződés rá nézve kötelező érvényű.

Kelt, ...

.....
Megrendelő aláírása