

A lapot nagy betűkkel szíveskedjen kitölteni!

Vezetéknév		Keresztnév	
Születési dátum (nap/hó/év)		E-mail cím*:	
Neme (kérjük jelölje) FÉRFI / NŐ		Otthoni telefonszám:	
Biztosítótársaság:	Lejárat dátum:	Munkahelyi telefonszám:	
Biztosítási szám:	Biztosítási azonosító:	Mobiltelefon:	
TAJ-szám:		Állampolgárság:	
Ön....	<input type="checkbox"/> Magyarországon él?	<input type="checkbox"/> látogató/turista?	<input type="checkbox"/> tanuló? <input type="checkbox"/> misszionárius? <input type="checkbox"/> Egyéb?:

Állandó lakcím

c/o (A postaládán található név, hotel neve)	Utca	Házszám	Emelet/Ajtó
Város	Irányítószám	Ország	

Számlázási cím (amennyiben az állandó lakcímtől különböző)

c/o	Utca	Házszám	Emelet/Ajtó
Város	Irányítószám	Ország	

Munkáltató / Cég neve:	Ez a munkáltatójának a címe? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
------------------------	---

Vészhelyzet esetén értesítendő személy

Vezetéknév	Keresztnév	Telefonszám:
A kapcsolat típusa: <input type="checkbox"/> Szülő/Gondviselő <input type="checkbox"/> Családi:..... <input type="checkbox"/> Baráti <input type="checkbox"/> Munkatárs <input type="checkbox"/> Egyéb:.....		

Anyja neve (kiskorú esetén kérjük kitölteni):

Online hozzáférés a laboratóriumi eredményekhez:

Felhasználónév (nagy betűk, szóköz nélkül)	Jelszó**
--	----------

* A fent megadott e-mail címét és egyéb személyes adatait bizalmasan kezeljük és azokat harmadik fél számára nem szolgáltatjuk ki.

** Kérjük módosítsa jelszavát az első bejelentkezés után a www.firstmedcenters.com/labs weboldalon.

Kérjük fordítson

NYILATKOZAT

Köszönjük, hogy járóbeteg ellátás igénybevételére a FirstMed-FMC Kft.-t (a továbbiakban: FirstMed) választotta. Célunk a lehető legmagasabb szintű egészségügyi szolgáltatás nyújtása vendégeink számára. Ennek elérése, valamint a félreértések elkerülése érdekében, szeretnénk megkérni, hogy olvassa át az alábbi nyilatkozatot, majd miután minden felmerülő kérdésére választ kapott, a kijelölt helyen aláírni szíveskedjen.

Mindenekelőtt tájékoztatjuk betegeinket, hogy a FirstMed kizárólagosan járóbeteg ellátást végez, az általa fenntartott klinikákon kihelyezett, valamint a honlapon feltüntetett szolgáltatási területeken. A klinikák betegei ennek megfelelően kizárólag a járóbeteg ellátás keretein belül kerülnek a FirstMed-dal jogviszonyba, és a FirstMed kizárólag a klinikáin végzett járóbeteg ellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokért tartozik felelősséggel. Amennyiben a klinikákon jelentkező beteg olyan ellátást igényel, amely túlmutat a FirstMed által nyújtott járóbeteg ellátás keretein, a FirstMed a beteg igénye esetén fekvőbeteg ellátó intézményt vagy másik járóbeteg ellátó intézményt ajánlhat a beteg részére, amely fekvőbeteg ellátó intézmény szolgáltatásait a beteg saját döntése alapján igénybe vehet. Ezen fekvőbeteg ellátó intézményben végzett szolgáltatásokért kizárólag az adott intézmény tartozik felelősséggel, a FirstMed nem tartozik felelősséggel az általa üzemeltetett klinikákon kívül végzett, nem járóbeteg ellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokért. Azon esetleges körülmény, hogy a fekvőbeteg ellátó intézményt a FirstMed, vagy a kezelőorvos ajánlotta, vagy az, hogy a beteget adott esetben a fekvőbeteg ellátó intézményben olyan orvos kezeli, aki a FirstMed-dal is jogviszonyban áll, a FirstMed fentiekben írt, fekvőbeteg ellátással kapcsolatos felelősség kizárását nem érinti.

Fizetési feltételek: Fizetni közvetlen a szolgáltatás időpontjában kell. Kivételt képez, amennyiben Önnek egyéni megállapodása van a FirstMed FMC Kft.-vel. Mind készpénzt (Magyar Forint), mind bankkártyát (Visa, MasterCard, American Express, Maestro, Eurocard) elfogadunk.

Biztosítás: Közvetlen számlázást biztosítunk betegeink számára díjmentesen a FirstMed-dal szerződésben álló biztosítók felé, azonban ebben az esetben hitelkártyagaranciát kérünk. Bármilyen, a biztosító által meghatározott, kiegészítő díj és önrész megfizetése a biztosított (szülő/gondviselő) felelőssége. Kérjük, hogy bármilyen, a fedezettel kapcsolatos kérdésekkel vegye fel a kapcsolatot a biztosítójával. Amennyiben a betegnek nem áll módjában hitelkártya garanciát adni, vagy olyan biztosítása van, amelyet a FirstMed nem tud elfogadni, a számlát a szolgáltatás időpontjában kell kifizetni.

Kárbejelentések: Segítünk a lehetőségeink keretein belül a kárbejelentéseket továbbítani, illetve egyéb módon elősegíteni, hogy a biztosító kifizesse a kezelés díját. Bizonyos esetekben a biztosító társaságok további információkat kérnek, mielőtt kiegyenlítik a számlát, hogy megbizonyosodjanak a szolgáltatás igénybevételének szükségességéről. Ezen információk szolgáltatása a biztosító társaság felé a beteg kötelezettsége. Minden számla kiegyenlítése a beteg kötelezettsége, amelyek kifizetését a biztosító bármely okból visszautasítja. Minden, már fennálló kintlévőség a vizit előtt rendezendő.

Kiegészítő díjak és önrész: Minden kiegészítő díjat és önrészt a betegnek vagy a gondviselőnek a szolgáltatás időpontjában kell kifizetni. Ez része a biztosítótársaságokkal megkötött szerződéseknek, és szerződésszegésnek minősülhet, amennyiben nem fizettettük ki a beteggel.

Elmulasztott vizsgálatok: A FirstMed díjat számol fel, amennyiben a beteg nem mondja le az előre egyeztetett vizsgálati időpontot legalább 24 órával korábban. Ezen költség a beteget (gondviselőt) terheli, és közvetlenül kerül kiszámlázásra. Kérjük segítsen, hogy magas színvonalú szolgáltatást tudjunk nyújtani Önnek azáltal, hogy eljön az előre egyeztetett időpontokban. Amennyiben az időpont után több mint 10 perccel érkezik, nem tudjuk garantálni a soron kívüli bejutást és a minimális várakozási időt sem.

- A magam és családtagjaim nevében kijelentem, hogy a fent említett információkat tudomásul vettem, a FirstMed érvényes árlistáját kézhez kaptam. Tudomásul veszem, hogy fizetési kötelezettségemnek a szolgáltatás igénybevételekor kell eleget tennem. Jogomban áll felvilágosítást kérni és kapni bármely kezelés, laborvizsgálat, beavatkozás árát illetően, még annak megkezdése előtt.
- Hozzájárulok, hogy a FirstMed FMC-Kft. az aktuális akciókról, egyéb kezdeményes lehetőségekről, érdekességekről az űrlapon megjelölt e-mail címemre elektronikus hírlevelet küldjön, melyről a jövőben bármikor le tudok iratkozni. (OPCIONÁLIS)

A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem és elismerem, hogy a **Firstmed-FMC Egészségügyi Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhelye: 1015 Budapest, Hattyú utca 14., cégjegyzékszáma: 01-09-958986, továbbiakban: a „Adatkezelő”) adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást tartalmazó, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) alapján készült Adatkezelési Tájékoztatót megismertem, az tudomásul vettem és elfogadom. A hozzájárulásomhoz kötött adatkezeléssel érintett személyes adataim Adatkezelési Szabályzatnak megfelelő kezeléséhez – önkéntes elhatározással és megfelelő tájékoztatást követően – jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten hozzájárulok, és felhatalmazást adok az Adatkezelőnek az átadott adatok helyességének ellenőrzésére.

aláírás

dátum

név- nyomtatott betűkkel

KÖSZÖNJÜK, HOGY IDŐT SZÁNT AZ ADATLAP KITÖLTÉSÉRE!