

Tájékoztató és nyilatkozat hozzájárulásról

Autizmus Alapítvány Ambulancia

levelezési címe: 1426 Budapest, Pf. 68.;

Tel.: (06-1) 334-11-23; e-mail: titkarsag.ambulancia@autizmus.hu

Felhívjuk figyelmüket, hogy mind a magánfinanszírozott, mind a Társadalombiztosítás (TB) által finanszírozott egészségügyi ellátásban a vizsgált személy adatai kötelezően megjelennek az egészségügyi EESZT térben, valamint, hogy adataikat az Egészségügyi törvény 1997. évi XLVII. törvény szerint kezeljük.

Ambulanciánkon a kivizsgálás és gondozás (pl. kontrollvizsgálatok, tanácsadás, szülőtréning) TB támogatás mellett történik, magánrendelés nincs. A diagnosztikus vizsgálatoknál és a gondozásba-vételi vizsgálatoknál azonban olyan előzetes többletköltségek merülnek fel (pl. előzetes információgyűjtés, kérdőív feldolgozása, vizsgálat megtervezése), amelyeket kénytelenek vagyunk az ezt vállalni tudó családoktól kérni alapítványi támogatásként. Három lehetőség közül választhatnak: (1) támogatást (2) kiemelt támogatást fizetnek vagy (3) kérik, hogy az Autizmus Alapítvány vállalja át a költségeket. A kiemelt támogatás (2. opció) fizető családok közül 3 hónapon belül 3 vizsgálatot biztosan meg tudunk kezdeni, a befolyt többletből alapítványunk rászoruló családok többletköltségeit fedezi, szintén 3 hónapon belül megkezdve a kivizsgálást, valamint az ehhez a többletmunkához szükséges túlórákat fedezi.

Gyermek neve	Szülő neve
Taj száma	Lakcím
Születési ideje	Telefon
Anyja lánykori neve	Email

Kérjük a következőkben aláhúzással jelölje meg választát:

I. FENNTARTOM VIZSGÁLATI KÉRELMEMET

I/1. támogatást vállalok (55 000 Ft)

I/2. kiemelt támogatást vállalok (135 000 Ft)

(A befizetéshez szükséges adatokat a vizsgálati időpontról szóló tájékoztató levelünkben mellékeljük).

II. FENNTARTOM VIZSGÁLATI KÉRELMEMET, DE NEM TUDOM VÁLLALNI A TÁMOGATÁST A FENTIEK SZERINT

II/1. engedményt kérek a támogatás összegéből, csak.....Ft befizetését tudom vállalni, az Autizmus Alapítvány vállalja át a különbözetet

II/2. nem tudom vállalni a támogatás kifizetését, az Autizmus Alapítvány vállalja át a költségeket

Dátum: _____

szülő/vizsgálatra jelentkező aláírása