

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):¹

Név•.....
Születéskori név•.....
Születési hely és idő:
Anyja neve•.....
TAJ szám.....
Lakcím •.....

2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai:2

Név•
.....
Születési hely és idő•.....
Anyja neve•.....
Lakcím/Értesítési cím.....
Telefonszám•.....
E-mail cím•.....

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1 Házastárs, egyenes ágbeli rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

A kérés rövid indoka:

3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

¹ Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

² Minden olyan esetben kitöltendő, ha a kérelmező nem saját egészségügyi dokumentáció másolatát kérelmezi. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGESI

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 Keletkezés helye, ideje:

Intézet.....
Osztály.....
Időpont/időszak.....

4.2 A kért dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció

4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

- Zárójelentés (fénymásolata .. Ambuláns lap fénymásolata)
 - Boncolási jegyzőkönyv
 - Ápolási dokumentáció
 - Műtéti leírás
 - Születési órára és percre vonatkozó leírás
 - Képpalkotó diagnosztikai lelet vagy
 - Képpalkotó diagnosztikai felvétel — CD/DVD-n
- Megnevezése.....

Egyéb dokumentum.....

5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

Személyes átvétel

Postai úton történő megküldés

Postacím.....

6. Egyéb megjegyzés.....

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:
Az egészségügyi dokumentáció másolatainak kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt •

.....

.....

Kérelmező aláírása