

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, egyeneságbeli 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 SZÜKSÉGES!

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

- Képkötő diagnosztikai lelet vagy

- Képkötő 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