



**KÉRELEM EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRÓL VALÓ MÁSOLAT KÉSZÍTÉSÉRE ELHUNYT  
SZEMÉLY DOKUMENTÁCIÓJA VONATKOZÁSÁBAN**

<b>1. Elhunyt beteg adatai</b>	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

<b>2. Kérelmező személy adatai</b>	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
Telefonszám (nem kötelező):	
E-mail cím (elektronikus ügyintézéshez):	

<b>3. A másolat készítésének célja [az a) pontban megjelölt célok esetén a másolat kérése első alkalommal ingyenes, míg a b) pont esetén már az első alkalom is díjfizetéssel jár]</b>		
a) A másolat igénylése az elhunyt beteg <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>házas társa,</b></li><li>• <b>egyeneságbeli rokona</b></li><li>• <b>testvére</b></li><li>• <b>élettársa</b></li><li>• <b>leszármazottja*</b></li></ul> <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása céljából történik <input type="checkbox"/>	e személyek egészségügyi ellátása céljából történik <input type="checkbox"/>
	és az egészségügyi adat más módon való megismerése, az arra való következtetés nem lehetséges.	
b) A másolat igénylése az elhunyt beteg <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>törvényes képviselője</b></li><li>• <b>közeli hozzátartozója</b></li><li>• <b>örököse</b></li></ul> által* <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható adatok megismerése céljából történik <input type="checkbox"/>	a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatok megismerése céljából történik <input type="checkbox"/>

<b>4. A fentiekben meghatározott célból orvos/szakértő igazolása a szükséges adatról és az adat megismerésének indokáról</b>	
--	--

<b>5. Amennyiben gondnokként jár el, az erre vonatkozó kirendelő határozat száma</b>	
--	--

<b>6. A beteget ellátó szervezeti egység/klinika/osztály/szakrendelés neve, illetve az ellátás ideje</b>	
Neve:	
Ellátás ideje:	



Egyéb, az ellátás szempontjából lényeges adat (pl. kezelőorvos neve stb.):	
--	--

7. Megismerni kívánt dokumentáció és a megismerés módja	Másolat kiadása
Teljes egészségügyi dokumentáció [a 3. a) pontban foglalt indok esetén nincs lehetőség]	<input type="checkbox"/>
Boncolási jegyzőkönyv	<input type="checkbox"/>
Halottvizsgálati bizonyítvány	<input type="checkbox"/>
Zárójelentés	<input type="checkbox"/>
Ambuláns lap	<input type="checkbox"/>
Rtg./MR/CT – felvétel (lelet)	<input type="checkbox"/>
Meghatározott egyéb dokumentum	

<b>8. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat átvételének módja: e-mail, postai*</b> *Kérjük, húzza alá a megfelelőt
---

<b>9. Térítési díj fizetésének módja (üg्यintéző általi értesítést követően teljesítendő; az első alkalommal kért másolat ingyenes (kivéve a 3.b) pont esetében); bankszámla száma: 10034002-00282981-00000000, közlemény rovatban feltüntetendő: beteg neve, a befizetés jogcíme)</b>	
Ingyenes (első alkalom)	<input type="checkbox"/>
Banki átutalás	<input type="checkbox"/>

<b>10. Csatolt dokumentumok (amennyiben nem a kórházban hunyt el a beteg és a 3.b) pont szerint kér másolatot, úgy a Halottvizsgálati bizonyítvány másolata csatolandó)</b>

<b>11. Megjegyzés</b>

Kelt.: .....

.....

kérelmező

.....	.....
Tanú 1	Tanú 2
Név:	Név:
Lakcím:	Lakcím: