



## KÉRELEM EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRÓL VALÓ MÁSZOLAT KÉSZÍTÉSÉRE ÉLŐ SZEMÉLY DOKUMENTÁCIÓJA VONATKOZÁSÁBAN

<b>1. Beteg (ellátott személy) adatai</b>	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	
Telefonszám/e-mail cím (amennyiben a beteg a kérelmező):	

<b>2. Kérelmező személy adatai (amennyiben azonos a beteggel, ezt a pontot nem kell kitölteni):</b>	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
Telefonszám/e-mail cím:	

<b>3. Amennyiben a beteg és a kérelmező személye nem azonos, a másolat igénylése</b>	meghatalmazás alapján történik (a meghatalmazás másolata csatolandó) <input type="checkbox"/>	törvényes képviselőként (szülő, gyám, gondnok) vagy törvényes jogosultként (pl. a hozzátartozó ún. állapotcselekvőképtelen beteg esetén) eljárva történik* <input type="checkbox"/> <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>
--	---	--

<b>4. Amennyiben a másolat igénylése a beteg*</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• házastársa,</li><li>• egyeneságbeli rokona,</li><li>• testvére,</li><li>• élettársa</li><li>• leszármazottja</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>5. Amennyiben gondnokként vagy gyámként 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	<input type="checkbox"/>
Zárójelentés	<input type="checkbox"/>
Ambuláns lap	<input type="checkbox"/>
Rtg./MR/CT – felvétel (lelet)	<input type="checkbox"/>
Látlelet	<input type="checkbox"/>
Meghatározott egyéb dokumentum	

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

**9. Térítési díj fizetésének módja** (*ügyintéző általi értesítést követően teljesítendő; az első alkalommal kért másolat ingyenes (kivéve a Látlelet); bankszámla száma: 10034002-00282981-00000000, közlemény rovatban feltüntetendő: beteg neve, a befizetés jogcíme*)

Ingyenes (első alkalom)	<input type="checkbox"/>
Banki átutalás	<input type="checkbox"/>

**10. Csatolt dokumentumok**

**11. Megjegyzés**

Kelt.: .....

.....  
 kérelmező

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