



**Kérelem egészségügyi dokumentációról történő másolat 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: (saját telefonos ügyintézés esetén kérjük megadni)	
E-mail cím: (saját elektronikus ügyintézés esetén kérjük megadni)	

<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:	
Postázási cím: (postai ügyintézés esetén kérjük megadni)	
Telefonszám: (telefonos ügyintézés esetén kérjük megadni)	
E-mail cím: (elektronikus ügyintézés esetén kérjük megadni)	

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

<b>4. Amennyiben a másolat/adatszolgáltatás 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	e személyek egészségügyi ellátása céljából történik
	<input type="checkbox"/>	<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.):	

<b>7. Megismerni kívánt dokumentáció és a megismerés módja:</b>	<b>Másolat kiadása</b>
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	

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

<b>9. Térítési díj fizetésének módja: (ügyintéző általi értesítést követően teljesítendő; az első alkalommal kért másolat ingyenes (kivéve a Látlelet); bankszámla száma: 11738008-21489822-00000000, közlemény rovatban feltüntetendő: beteg neve, a befizetés jogcíme, valamint a pénzügyi központ azonosítója: P.k.: 4BYDXYY0EBEV)</b>	
Ingyenes (első alkalom)	<input type="checkbox"/>
Banki átutalás	<input type="checkbox"/>

<b>10. Csatolt dokumentumok:</b>

<b>11. Megjegyzés:</b>

Kelt.: .....

.....  
kérelmező