



**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRÓL KÉSZÜLT MÁSOLAT
ELEKTRONIKUS VAGY POSTAI ÚTON TÖRTÉNŐ IGÉNYLÉSE**

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):

Név (születés kori név is):

Születési hely és idő:

Anyja neve:

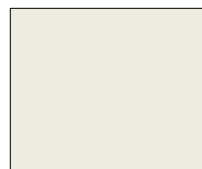
Lakcím:

TAJ szám:

2. Kérelmező kezelőorvos adatai:

Név (kezelőorvosként viselt név):

Orvosi pecsét száma és lenyomata:



3. Kérelmező egyéb adatai (amennyiben ilyen módon történik a kapcsolattartás):

Telefonszám / e-mail cím:

Postázási cím:

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 Ellátás helye, ideje:

Osztály / szakrendelés:

Időszak / időpont:

4.2 A kért dokumentáció megnevezése (ambuláns lap, zárójelentés, lelet, vizsgálat képanyag, kórlap egyéb):

4.3 Baleset / sérülés / műtét / betegség neve:

4.4 Ellátó / műtétet végző orvos neve:

4.5 Egyéb:

6. Értesítés módja az egészségügyi dokumentáció elkészültéről:

Telefonhívás ☐ Postai úton történő megküldés ☐ Elektronikusan ☐

7. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja:

Személyes átvétel ☐ Postai úton történő megküldés ☐ Elektronikusan ☐

Kelt....., 20..... év hó nap

.....
kérelmező orvos aláírása