



Kérem egészségügyi dokumentációról történő 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</b> [az a) pontban megjelölt célok esetén a másolat kérése első alkalommal ingyenes, míg a b) pont esetén már az első alkalom is díjfizetéssel jár]                                                       |                                                                                                                       |                                                                                                                              |
| a) A másolat igénylése az elhunyt beteg <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<br><input type="checkbox"/>                             | e személyek egészségügyi ellátása céljából történik<br><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>• törvényes képviselője</li><li>• közeli hozzátartozója</li><li>• örököse</li></ul> által*<br><i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>                           | a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható adatok megismerése céljából történik<br><input type="checkbox"/> | a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatok megismerése céljából történik<br><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                                                          |                          |

**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 3.b) pont esetében); bankszámla száma: 10034002-00282981-00000000, közlemény rovatban feltüntetendő: beteg neve, a befizetés jogcíme, valamint a pénzügyi központ azonosítója: P.k.: 4AXLLYY0EBEV)

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

**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)

**11. Megjegyzés**

Kelt.: .....

.....  
kérelmező

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| .....<br>Tanú 1 | .....<br>Tanú 2 |
| Név:            | Név:            |
| Lakcím:         | Lakcím:         |