

**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**

*Kérelmező tölti ki!*

**1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):<sup>1</sup>**

Név: .....  
Születési név:.....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve:.....  
TAJ szám:.....  
Lakcím:.....

**2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai:<sup>2</sup>**

Név: .....  
Születési név:.....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve:.....  
Lakcím/Értesítési cím:.....

**3. Az ellátásban részesült személy és a kérelmező kapcsolatára vonatkozó adatok:****3.1 A kérelmező a beteg (megfelelő rész aláhúzendő!):**

- a) meghatalmazottja
- b) törvényes képviselője
- c) közeli hozzátartozója
  - házastárs
  - egyeneságbeli rokon (szülő, nagyszülő, gyermek, unoka stb.)
  - testvér
  - élettárs

A kérelemhez csatolt, a fenti jogosultság igazolására szolgáló okirat megnevezése (pl. meghatalmazás, házassági anyakönyvi kivonat, születési anyakönyvi kivonat):

.....

**3.2 A beteg halála esetén a kérelmező az elhunyt beteg (megfelelő rész aláhúzendő!):**

- a) törvényes képviselője
- b) közeli hozzátartozója
  - házastárs
  - egyeneságbeli rokon (szülő, nagyszülő, gyermek, unoka stb.)
  - testvér
  - élettárs
- c) örököse

<sup>1</sup> Amennyiben az ellátásában részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

<sup>2</sup> Minden olyan esetben kitöltendő, ha a kérelmező nem saját egészségügyi dokumentáció másolatát kéri. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges. A meghatalmazást, a kérelmező személyazonosító okmányainak és a dokumentáció megismerésére vonatkozó jogosultságot igazoló okiratok másolatait a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES!

A kérelemhez csatolt, fenti jogosultságot igazoló okirat megnevezése (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma; születési vagy házassági anyakönyvi kivonat):

.....

#### 4. A kérés rövid indoka:

.....

.....

#### 5. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

##### 5.1 Keletkezés helye, ideje:

Osztály:.....

Időpont/időszak: .....

##### 5.2 A kért dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

5.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció

5.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

Zárójelentés

Ambuláns lap

Boncolási jegyzőkönyv

Látlelet elkészítése és kiadása

Ápolási dokumentáció

Műtéti leírás

Születési órára és percre vonatkozó leírás

Képalkotó diagnosztikai lelet (röntgen, UH, CT, MRI)

Képalkotó diagnosztikai felvétel – CD/DVD

Megnevezése: .....

Egyéb dokumentum: .....

#### 6. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

Személyes átvétel

Postai úton történő megküldés

Postacím: .....

#### 7. Kérelmező elérhetősége (telefonszám, e-mail cím):.....

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

**Az egészségügyi dokumentáció, illetve annak 1. másolatának kiadása ingyenes. Minden további másolatának kiadása díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézmény mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A Szabályzat 1. számú mellékletének 11. pontjában foglaltak alapján a látlelet 3.500,- Ft, a születési és egyéb adatokra vonatkozó leírás 1.000,- Ft/oldal, a gyógykezeléssel összefüggő dokumentum 2. másolatának kiadása 150,- Ft/oldal, a leletek CD-re történő másolása pedig 1.000,- Ft összegű díj megfizetése ellenében teljesíthető.**

Kelt.: .....

.....

Kérelmező aláírása

*Intézmény tölti ki!*

**Intézményi adatvédelmi felelős (IAVF) véleménye:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Kelt:

P.H.

.....

.....  
 IAVF aláírása

A dokumentum tárolási helye:	
A másolandó oldalak száma (összesen):	
A másolat kiadásának határideje:	

---

A befizetés kelte:

A befizetés igazolása (csekk, pénztári nyugta, banki átutalást igazoló irat):

.....  
 .....

---

A kért dokumentummásolat kiadásának kelte:

.....  
 .....

Másolatot átadó személy

Másolatot átvevő személy

### Meghatalmazás

Alulírott..... jelen meghatalmazással meghatalmazom  
..... (név, lakóhely)  
szám alatti lakost, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatban készült, a fentiekben  
meghatározott dokumentum(ok)ról másolatot kérjen, azokba betekinthesse.

Dátum: 20..... év ..... hó ..... nap

.....  
meghatalmazó

A fenti meghatalmazást elfogadom.

Dátum: 20..... év ..... hó ..... nap

.....  
meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

.....

Név:  
Szig. szám:  
Lakóhely:

.....

Név:  
Szig. szám:  
Lakóhely: