

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Kérelmező tölti ki!

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):¹

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

2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai:²

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

A kérelemhez csatolt, fenti jogosultságot igazoló okirat megnevezése (pl. örökös minőséget

¹ Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

² 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!

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 betekinthessen.

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: