

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

¹ Amennyiben az ellátásában 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!

A kérelemhez csatolt, fenti jogosultságot igazoló okirat megnevezése (pl. örökösi 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 másolatainak 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 másolatok 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 betekinthesen.

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: