

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 hely és idő:.....
Anyja neve:.....
Lakcím/Értesítési cím:.....
Telefonszám:

E-mail cím:

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1 Házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

.....

A kérés rövid indoka:

.....

3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

.....

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 kérelmezi. 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!

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 Keletkezés helye, ideje:

Intézet:.....
Osztály:.....
Időpont/időszak:.....

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

- 4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció
4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

- Zárójelentés fénymásolata
Ambuláns lap fénymásolata
Boncolási jegyzőkönyv
Ápolási dokumentáció
Műtéti leírás
Születési órára és percre vonatkozó leírás
Képkötő diagnosztikai lelet vagy
Képkötő diagnosztikai felvétel - CD/DVD-n
Megnevezése:.....

Egyéb dokumentum:

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

- Személyes átvétel
Postai úton történő megküldés
Postacím:

6. Egyéb megjegyzés:.....

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

Az egészségügyi dokumentáció másolatainak kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A Szabályzat 1. számú mellékletének 11. pontjában foglaltak alapján a másolás születési és egyéb adatok esetében 1.000,- Ft/oldal, a gyógykezeléssel összefüggő dokumentumok kapcsán 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)

sám 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: