**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**

1. **Beteg adatai (ellátásban részesült személy):[[1]](#footnote-1)**

Név:

Születéskori név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

1. **Adatkérő (kérelmező) személy adatai:[[2]](#footnote-2)**

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím/Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

1. **Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:**

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

Hozzátartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

A kérés rövid indoka:

**3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:**

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

1. **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
* Képalkotó diagnosztikai lelet vagy
* Képalkotó 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 mindenkori hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt.: ……………………………… ………………………………….. Kérelmező aláírása

1. Amennyiben az ellátásában részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni. [↑](#footnote-ref-1)
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, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES! [↑](#footnote-ref-2)