2. sz. melléklet

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):[1]

Név:.....
Születéskori 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:

Hozzátartozói 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. örökösi minőséget igazoló okirat jellege, száma):
.....
.....

[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 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!

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 ☐
- 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

Tanúk, akik aláírásukkal igazolják, hogy kérelmező a kérelmet előttük írta alá, vagy aláírását sajátjának ismerte el:

Név: ..... Név: .....

Lakcím: ..... Lakcím: .....

Aláírás: ..... Aláírás: .....