

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSZOLAT IGÉNYLÉSE

Páciens adatok (nagybetűkkel kérjük kitölteni)

Név: _____

Születési idő: _____

Anyja neve: _____

Értesítési cím: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Szakrendelés: _____

Ellátás dátuma: _____

18 év alatti páciens esetén törvényes képviselő:

Név: _____

Születési idő: _____

Anyja neve: _____

Értesítési cím: _____

Dokumentum típusa (többet is megjelölhet)

- ☐ lelet
- ☐ képanyag
- ☐ nyilatkozat
- ☐ számla

Átvétel módja

- ☐ nyomtatott
- ☐ digitális

HOZOTT ADATHORDOZÓRA NEM TUDUNK DOKUMENTÁCIÓT KIADNI!

A másolat kiadása első alkalommal díjmentes, határideje **3 munkanap**.

Tudomásul veszem, hogy Intézményünk – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 30. § (1) bekezdése alapján a dokumentációkat a törvényben megadott időtartamig tárolja.

A másolat elkészültéről a megadott elérhetőségen tájékoztatjuk.

Dátum:

kérelmező aláírása