

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ ÉS MÁSOLAT IGÉNYLÉSE

Páciens adatok (Kérjük olvashatóan, nagybetűkkel töltse ki!)

Név: _____

Születési idő: _____

Anyja neve: _____

Értesítési cím: _____

Telefonszám: _____

E-mail cím: _____

18 év alatti páciens esetén törvényes képviselő adatai:

Név: _____

Születési idő: _____

Anyja neve: _____

Értesítési cím: _____

Szig. száma: _____

Kérem, hogy az alábbi ellátásról másolatot részemre elküldeni szíveskedjenek

Szakrendelés: _____

Dátum: .

Dokumentum típusa (többet is megjelölhet)

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

Átvétel módja

- ☐ személyesen
- ☐ emailben

Megjegyzés, egyedi igény: _____

HOZOTT ADATHORDOZÓRA NEM ÁLL MÓDUNKBAN DOKUMENTÁCIÓT KIADNI!

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

(az igénylőlap a túloldalon folytatódik)

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.

Polgári- és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fentiekben felsorolt adataim a valóságnak megfelelnek, a dokumentáció megismerésére és átvételére jogosult vagyok. A felsorolt egészségügyi dokumentációk kiadása tekintetében a kezelőorvosokat és az Intézményt az orvosi titoktartás alól felmentem.

A másolat elkészültéről a megadott elérhetőségen tájékoztatjuk.

Dátum:

kérelmező aláírása

Intézmény részéről a dokumentáció kiadást jóváhagyta

Dátum:

jóváhagyó aláírása