

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ ÉS MÁSOLAT IGÉNYLÉSE

**Kérjük olvashatóan töltsse ki, kézírás esetén nagybetűkkel!**

Alulírott: \_\_\_\_\_

Szül. hely, idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Kijelentem, hogy alulírott az Intézményünkben kezelt**

- páciens
- páciens meghatalmazottja
- páciens törvényes képviselője

**Meghatalmazott és törvényes képviselő esetén a képviselt adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Szül. idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

TAJ: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

**Kérem, hogy a megjelölt ellátásra vonatkozó egészségügyi dokumentáció másolatot részemre kiadni szíveskedjenek az alábbiak szerint.**

Ellátás ideje: \_\_\_\_\_

Szakrendelés: \_\_\_\_\_

Dokumentáció típusa:

- Ambuláns kezelőlap
- MRI felvétel
- Röntgen felvétel
- Egyéb: \_\_\_\_\_

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.

Tudomásul veszem, hogy az elkészült dokumentáció másolatát az általam megadott e-mail címemre küldve is átvehetem. Tudomásul veszem, hogy amennyiben postai úton kérem a dokumentáció másolatot, akkor annak költségét viselem a hatályos postai díjszabás alapján.

**A fentiek alapján a dokumentáció másolathoz az alábbi módon kívánok hozzájutni:**

(email esetén csak a PDF/képfájl jelölhető meg)

Átvétel módja

- személyesen
- emailben
- postai úton

Formátum

- A4 nyomtatvány
- DVD lemez
- fájl (kép / PDF / adat)

Jelen kéremlap tárgyát képező ellátással kapcsolatban Intézményünktől korábban másolat kérés

- történt
- nem történt

Tudomásul veszem, hogy az ellátáskor átadott példány díjmentes, minden ezt követő másolat elkészítésének egyszeri ügyintézési díja **2.000 Ft**. A szolgáltatásról számlát állítunk ki a kérvényező részére.

Tudomásul veszem, hogy a másolat elkészítésének határideje a kérelem benyújtásától vagy a dokumentáció elkészültétől (ha a kérelem ezt megelőzi) számított 7 naptári nap.

Polgári- és büntetőjogi felelősség 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 email címen vagy telefonon tájékoztatjuk.**

Kelt:

\_\_\_\_\_  
kérelmező aláírása

**Intézmény részéről a dokumentáció kiadást jóváhagyta**

Kelt:

\_\_\_\_\_  
aláírás