

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 ADATOK³:**3.1. HÁZASTÁRS, EGYENESÁGBELI ROKON, TESTVÉR, ÉLETTÁRS KÉRELMEZŐ ESETÉN AZ ALÁBBI ADATOK:**

Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

.....
A kérés rövid indoka (igazolása):
.....

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!

Amennyiben elhunyt orvosi dokumentációját kívánják kikérni úgy meghatalmazás helyett, a közvetlen hozzátartozói, illetve az örökösi minőség igazolása szükséges.

³ A beteg házastársa-élettársa, egyeneságbeli rokona, testvére írásban kérheti az egészségügyi szolgáltatótól a betegre vonatkozó egyes, feltétlenül szükséges adatok megismerését, de csak akkor, ha arra előbbi személyek vagy az ő leszármazóik egészségét érintő ok miatt (például valamely örökletes betegség miatt); vagy előbbi személyek egészségügyi ellátása miatt van szükség és a szükséges információhoz nem lehet másként hozzájutni.

4. A KÉRT EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRA VONATKOZÓ ADATOK:**4.1. KELETKEZÉS HELYE, IDEJE:**

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 - Képkötő diagnosztikai lelet vagy - Képkötő 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 Intézmény mindenkor hatályos SZ-49 Térítési díj szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Az Intézmény SZ-49 Térítési díj szabályzatában foglalt költségek:

Dokumentációs díjak:

Fénymásolat oldalanként 100 Ft/oldal

CD/DVD lemez 700 Ft/darab

Posta költség mindenkor postai díjszabás

Ügyintézési díj 1 000 Ft

Egészségügyi adatairól összefoglaló vagy kivonatos írásos vélemény az 1997. évi CLIV. törvény 24. § f) pontja alapján: 10 000 Ft

Kelt.:

.....

Kérelmező aláírása