

KEZELŐORVOS BETEGÉLETÚT LEKÉRDEZÉSI LEHETŐSÉGE

TILTAKOZÁS

Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!

Alulírott:	
TAJ szám:	
Születési hely:	
Születési időpont:	
Lakcím:	

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11.§ (3) bekezdése alapján kifejezetten **tiltakozom** az ellen, hogy a **kezelésemet végző orvosok** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátások adatairól tudomást szerezzenek.

Kérem ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogy a kezelésemet végző orvosok** a rám vonatkozó, a NEAK által finanszírozott egészségügyi ellátások adataihoz **ne férhessenek hozzá.**

Kelt:, év hó nap

Tisztelettel:

.....
aláírás