

**KEZELŐORVOS BETEGÉLETÚT LEKÉRDEZÉSI LEHETŐSÉGE****TILTAKOZÁS FELOLDÁSA****Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!**

<b>Alulírott:</b>	
<b>TAJ szám:</b>	
<b>Születési hely:</b>	
<b>Születési időpont:</b>	
<b>Lakcím:</b>	

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11.§ (3) bekezdése alapján – **korábban tett nyilatkozatommal ellentétben – kifejezetten kérem**, hogy a **kezelésemet végző orvosok** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátások adatairól **tudomást szerezhessenek**.

**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 hozzáférhessenek**.

Kelt: ....., ..... év ..... hó ..... nap

.....  
aláírás