



Dokumentummásolatkérő-űrlap

Változat:	4	Kiadvány:	2025.01.01.	Oldal:	1 / 2
-----------	---	-----------	-------------	--------	-------

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:

* A másolatkiadás kérelmező által megjelölt kézbesítési módjához illeszkedő kapcsolattartási adatokat kell megadni.

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1. Házastárs, egyenesági rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

A kérés rövid indoka:

3.2. Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézet:
Osztály:
Időpont/időszak:

¹ Amennyiben az ellátásban 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!



Dokumentummásolatkérő-úrlap

Változat: 4 Kiadva: 2025.01.01. Oldal: 2 / 2

4.2. A dokumentumok másolatát

4.2.1. Első alkalommal kérem Nem első alkalommal kérem

4.3. A kért dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

4.3.1. Teljes egészségügyi dokumentáció

4.3.2. 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
 - Egyéb dokumentum
- Megnevezése:

- Egyéb megjegyzés:

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 másolatának kiadása jogszabály által meghatározott esetekben másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézmény mindenkori hatályos Térítésköteles Egészségügyi Szolgáltatások Térítési Díjjegyzékében foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltség a kérelmezőt terheli.

Kelt:

.....
Kérelmező aláírása

Kérelmet átvettem:

Kelt:

.....
Ügyintéző neve:

.....
Beosztása:

.....
Ügyintéző aláírása: