



## Formanyomtatvány

MU-KK-06.5.1.2 F01

Változat:

3

### Dokumentummásolatkérő-úrlap

Kiadva:

2020.04.27.

#### 1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):<sup>1</sup>

Név: .....  
Születéskori név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
TAJ szám: .....  
Lakcím: .....

#### 2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai:<sup>2</sup>

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: .....

<sup>1</sup> Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

<sup>2</sup> 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!



## Formanyomtatvány

MU-KK-06.5.1.2 F01

Változat:

3

### Dokumentummásolatkérő-űrlap

Kiadva:

2020.04.27.

Időpont/időszak: .....

#### 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
- Képpalkotó diagnosztikai lelet vagy
- Képpalkotó 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 jogszabály által meghatározott esetekben másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézmény mindenkor 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: .....