



FARKASGYEPŰI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

7. melléklet

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 adatok:

3.1. Házastárs, egyeneságbeli 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:

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!



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézet:

Osztály:

Időpont/időszak:

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

Teljes egészségügyi dokumentáció ☐

Nem teljes egészségügyi dokumentáció: ☐

Ezen belül:

Zárójelentés fénymásolata ☐

Ambuláns lap fénymásolata ☐

Boncolási jegyzőkönyv ☐

Ápolási dokumentáció ☐

Képalkotó diagnosztikai lelet vagy ☐

Képalkotó 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 Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézet a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt.:

.....
Kérelmező aláírása