



3060 Pásztó
Simmelweis u. 15-17.
Főigazgató: Dr. Boczek Tibor
Tel.: 32/561-000 Fax.:32/460-404
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



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. Amennyiben nem saját részére kéri a dokumentációt, akkor további kitöltendő adatok (meghatalmazás csatolása szükséges):

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):

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 kéri.

A kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli meghatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES!



3060 Pásztó
Simmelweis u. 15-17.
Főigazgató: Dr. Boczek Tibor
Tel.: 32/561-000 Fax.:32/460-404
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 Keletkezés helye, ideje:

Intézet:

Osztály:

Időpont/időszak:

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

4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció

4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

Zárójelentés fénymásolata

Ambuláns lap fénymásolata

Boncolási jegyzőkönyv

Ápolási dokumentáció

Műtéti leírás

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 vonhat maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt.:, év hó nap

Kérelmező aláírása