

**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**

Iktatószám: .....

**Dokumentum kikérő adatai:**

Név: ..... Leánykori név: .....

Szül. hely: ..... Születési idő: .....

Anyja neve: ..... TAJ száma: .....

kérem, hogy részemre a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház

..... Osztályán/Profilján ..... időpontban

rólam / hozzátartozómról (a megfelelő aláhúzó!) .....

**Hozzátartozó esetén:**

Rokonsági fok megjelölése: .....

Beteg (ellátásban részesített személy) neve: .....

Szül. helye: ..... Születési ideje: .....

Anyja neve: ..... TAJ száma: .....

készült egészségügyi dokumentációt (melynek pontos megnevezése aláhúzással és/vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen jelölendő!)

- Zárójelentés fénymásolatát
- Rtg. leletet/filmeket részletezve: .....
- CT leletet / MR leletet / felvételt részletezve .....
- Teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát .....
- Pontos születési adat kikérése (óra, perc) .....
- Boncolási jegyzőkönyvet
- Egyéb: .....

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása (kötelezően kitöltendő mező):

.....

Tudomásul veszem, hogy jogom van az egészségügyi dokumentációba betekinteni és arról másolatot igényelni. Az első példányról egy alkalommal térítésmentes másolatot kaphatok. Az elkészült másolatot az értesítést követő 30 napon belül vehetem át. Amennyiben a megadott időpontig a másolatot nem veszem át, akkor minden további példányt a saját költségemre igényelhetek. Tudomásul veszem, hogy az egy éven belül megismételt kérés, illetve az egyértelműen megalapozatlan vagy túlzó jellegű kérés kezeléséért a Kórház adminisztratív díjat számíthat fel. A fénymásolt egészségügyi dokumentációért a Kórházban a mindenkor hatályos szabályozás szerinti fénymásolási költséget kell számla ellenében megfizetnem!

Budapest, 20..... év ..... hó ..... nap

.....

kérelmező aláírása

E-mail cím: .....

Lakcím: .....

Telefonszám: ..... Szig. szám: .....