DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ
Központi Iktató és Irattár

FNY795

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 aláhúzandó!)*

Hozzátartozó esetén:

Rokonsági fok megjelölése: .....

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

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

Anyja neve: ..... TAJ száma: .....

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

- Zárójelentés fénymásolatát
- Rtg./CT/MR/lelet/film részletezve
- Teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolata
- Pontos születési adat kikérése (óra, perc)
- Boncolási jegyzőkönyvet / Halottvizsgálati jegyzőkönyv
- Egyéb: .....

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása (**kötelezően kitöltendő mező**):.....

Alulírott a kérelem aláírásával és benyújtásával tudomásul veszem -az egészségügyi dokumentációról kikért másolat kiadásának határideje az OBDK ajánlása alapján: 30 munkanap, amely határidő egészségügyi vészhelyzet idején meghosszabbodhat. 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 átveszem. 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: .....