

KÉRELEM
egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére
élő személy dokumentációja vonatkozásában

1. Beteg (ellátott személy) adatai	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	
Telefonszám/e-mail cím (amennyiben a beteg a kérelmező):	

2. Kérelmező személy adatai (amennyiben azonos a beteggel, ezt a pontot nem kell kitölteni):	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
Telefonszám/e-mail cím:	

3. Amennyiben a beteg és a kérelmező személye nem azonos, a másolat igénylése	meghatalmazás alapján történik (a meghatalmazás másolata csatolandó)	törvényes képviselőként (szülő, gyám, gondnok) vagy törvényes jogosultként (pl. a hozzátartozó ún. állapotcselekvőképtelen beteg esetén) eljárva történik*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>

4. Amennyiben a másolat igénylése a beteg* <ul style="list-style-type: none"> • házastársa, • egyeneságbeli rokona, • testvére, • élettársa <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása céljából történik	e személyek egészségügyi ellátása céljából történik
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
és az egészségügyi adat más módon való megismerése, az arra való következtetés nem lehetséges.		

5. Amennyiben gondnokként vagy gyámként jár el, az erre vonatkozó kirendelő határozat száma	
--	--

6. A beteget ellátó szervezeti egység /osztály/szakrendelés neve, illetve az ellátás ideje	
Neve:	
Ellátás ideje:	
Egyéb, az ellátás szempontjából lényeges adat (pl. kezelőorvos neve stb.):	

7. Megismerni kívánt dokumentáció és a megismerés módja	Másolat kiadása
Teljes egészségügyi dokumentáció	<input type="checkbox"/>
Zárójelentés	<input type="checkbox"/>
Ambuláns lap	<input type="checkbox"/>
Rtg. felvétel (lelet vagy vizsgálati képanyag)	<input type="checkbox"/>
Meghatározott egyéb dokumentum	

8. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat átvételének módja: e-mail, postai*
 *Kérjük, húzza alá a megfelelőt

9. Térítési díj fizetésének módja (*ügyintéző általi értesítést követően teljesítendő; az első alkalommal kért másolat ingyenes; bankszámla szám: MÁK-nál vezetett 10035003-01490552, közlemény rovatban feltüntetendő: beteg neve, a befizetés jogcíme*)

Ingyenes (első alkalom)	<input type="checkbox"/>
Banki átutalás	<input type="checkbox"/>

10. Csatolt dokumentumok

11. Megjegyzés

Kelt:

.....
 kérelmező

..... Tanú 1 Tanú 2
Név:	Név:
Lakcím:	Lakcím: