

KÉRELEM
egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére
elhunyt személy dokumentációja vonatkozásában

1. Elhunyt beteg adatai	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

2. Kérelmező személy adatai	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
Telefonszám (<i>nem kötelező</i>):	
E-mail cím (<i>elektronikus ügyintézéshez</i>):	

3. A másolat készítésének célja [a 3. a) pontban megjelölt célok esetén a másolat kérése első alkalommal ingyenes, míg a 3. b) pont esetén már az első alkalom is díjfizetéssel jár]		
a) A másolat igénylése az elhunyt beteg* <ul style="list-style-type: none"> • házasrésze, • egyeneságbeli rokona • testvére • élettársa <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása céljából történik <input type="checkbox"/>	e személyek egészségügyi ellátása céljából történik <input type="checkbox"/>
	és az egészségügyi adat más módon való megismerése, az arra való következtetés nem lehetséges.	
b) A másolat igénylése az elhunyt beteg* <ul style="list-style-type: none"> • törvényes képviselője • közele hozzátartozója • örököse által <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható adatok megismerése céljából történik <input type="checkbox"/>	a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatok megismerése céljából történik <input type="checkbox"/>

4. A fentiekben meghatározott célból orvos/szakértő igazolása a szükséges adatról és az adat megismerésének indokáról	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5. Amennyiben gondnokként 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 [a 3. a) pontban foglalt indok esetén nincs lehetőség]	<input type="checkbox"/>
Boncolási jegyzőkönyv	<input type="checkbox"/>
Halottvizsgálati bizonyítvány	<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 (amennyiben nem a kórházban hunyt el a beteg és a 3.b) pont szerint kér másolatot, úgy a Halottvizsgálati bizonyítvány másolata csatolandó)

11. Megjegyzés

Kelt:

.....
 kérelmező

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