

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP
(Az Intézmény Jogi Irodájában kell leadni!)

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. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

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 igazolás (pl.: örökösi minőséget igazoló okirat jellege, száma):

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézmény: _____
Osztály: _____
Időpont/Időszak: _____

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

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 kérelmezi. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL!

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 ☐
- Születési órára és percre vonatkozó 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: _____

Az iratok beszerzését követően kérelmezővel egyeztetünk az iratbetekintés időpontjáról, fénymásolás esetén az iratanyag mennyiségéről, a fénymásolás várható költségeiről.

Tájékoztatjuk, hogy a betegdokumentáció beszerzése és annak fénymásolása – az iratanyag mennyiségétől függően 15-30 nap.

Az Intézményi Térítési Díj Szabályzat értelmében:

a) a papíralapú dokumentáció második és további másolatainak díjtételei:

- fekete-fehér (A4): **100 Ft + ÁFA/ oldal**
- színes fénymásolás díja (A4): **150 Ft + ÁFA/ oldal**

b) a CD/DVD alapú elektronikus dokumentáció második és további másolatainak díjtétele: **3000 Ft + ÁFA.**

Tájékoztatjuk továbbá, hogy – a személyazonosság Kórházban történő ellenőrzését és a Térítési díj befizetését követően - lehetőség van a fénymásolt dokumentáció postai úton történő kézbesítésére, mely esetben a fénymásolás költségéhez a postázási költségek is hozzáadódnak.

Amennyiben személyesen kívánja átvenni az iratokat, úgy azt a Kórház Házipénztárába történő befizetés után (nyitvatartás: H-Cs: 10⁰⁰-14⁰⁰, és P: 9⁰⁰-13⁰⁰ óra között) teheti meg.

A kérelem beadásának dátuma: _____

Kérelmező aláírása

Elérhetősége: _____