

# EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ-MÁSOLAT KÉRŐ LAP

(más személy ellátásáról igényelt dokumentáció esetén)

**Kérjük olvashatóan töltsék ki, kézírás esetén nagybetűkkel!**

Alulírott: \_\_\_\_\_

Szül. hely, idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

**Kijelentem, hogy az Intézményükben kezelt\***

- meghatalmazottja
- gyámja, gondnoka
- a fentiekén kívüli törvényes képviselője: \_\_\_\_\_

vagyok, akinek adatai:

Neve: \_\_\_\_\_

Szül. helye, ideje: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

TAJ: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

**Az ellátás időpontjában használt neve:** \_\_\_\_\_

**Időpont(ok)**

**Osztály(ok)/Ambulancia(k) megnevezése**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kérem, hogy a fent megjelölt gyógykezelésre vonatkozó egészségügyi dokumentáció-másolatot részemre kiadni szíveskedjenek az alábbiak szerint:\*

- Zárójelentés és/vagy Ambuláns kezelőlap
- Születési óra és percre vonatkozó leírás
- CT és/vagy röntgen lelet: \_\_\_\_\_
- Egyéb lelet: \_\_\_\_\_
- Egyéb dokumentáció: \_\_\_\_\_

**A kérés rövid indokolása:\*** \_\_\_\_\_

Tudomásul veszem, hogy Intézetük – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 30. § (1) bekezdése alapján – zárójelentést 50 évig, további orvosi dokumentációt 30 évig tárol.

Tudomásul veszem, hogy az elkészült dokumentáció másolatát (amennyiben A4-es vagy annál kisebb méretű dokumentációról lenne szó és az összlapszám nem haladja meg a 10 oldalt) az általam megadott e-mail címemre küldve pdf formátumban is átvehetem.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben postai/csomagküldő/futárszolgálati úton kérem a dokumentáció másolatot, akkor annak az ügyintézésé és teljes költsége rám hárul.

**A fentiek alapján a dokumentáció másolathoz az alábbi módon kívánok hozzájutni: \***

Személyes átvétel

E-mailben (pdf)

Postai (csomagküldői) úton

Elfogadom, hogy az átvétel lehetőségei közül csak egyet jelölhetek meg.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a másolatok elkészítésének határideje a kérelem benyújtásától és a dokumentáció elkészültétől – amennyiben a kérés időpontjában például a leletezés még nem történt meg (pl.: szövettani lelet) – számított 30 nap.

**Kérem, hogy amennyiben személyes átvételt vagy postai kiadást választottam akkor a dokumentáció másolat elkészültéről az alábbi módon tájékoztassanak: \***

E-mailben

Postai úton (értesítési címemen)

**Kijelentem, hogy a fenti ellátással kapcsolatban a dokumentáció másolatot\***

még nem kértem

már kértem

Kijelentem, hogy amennyiben dokumentáció másolat ügyintézésé már történt Intézetüknel, akkor – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 7. § (3) bekezdése alapján – a másolásért az Intézményben mindenkor hatályos másolási és ügyintézési költséget megfizetem:

Egyszeri ügyintézési díj: 2 000 Ft + 27% ÁFA

A/4 lap/oldal másolása: 50 Ft + 27% ÁFA

A/3 lap/oldal másolása: 100 Ft + 27% ÁFA

Polgári- és büntetőjogi felelősség tudatában kijelentem, hogy a fentiekben felsorolt adataim a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy a dokumentáció megismerésére és átvételére jogosult vagyok. A felsorolt egészségügyi dokumentációk kiadása tekintetében a kezelőorvosokat és az Intézményt az orvosi titoktartás alól felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a röntgen/CT/MR/ultrahang felvétel(ek) Kórházuk közreműködőjétől, az Affidea Magyarország Kft.-től (korábbi nevén Diagnoscan Magyarország, Euromedic Diagnosztika, NEK) közvetlenül kérhetőek ki.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a dokumentáció másolatok elkészültétől számított 60 napon belül át nem vett iratok megsemmisítésre kerülnek, azonban a felmerülő költségek megfizetésére ez esetben is köteles vagyok.

Kelt: \_\_\_\_\_ (hely), \_\_\_\_\_ (dátum).

Aláírás

Személyazonosító igazolvány szám

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Aláírás: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Szem.az.szám: \_\_\_\_\_

2. Aláírás: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Szem.az.szám: \_\_\_\_\_

Mellékletek száma: \_\_\_\_\_

db. **Ügyintéző aláírása:** \_\_\_\_\_

2/2 oldal

\* A megfelelő rész aláhúzendó, illetve kitöltendő