

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ-MÁSOLAT KÉRŐ LAP

(saját ellátásról igényelt dokumentáció esetén)

Kérjük olvashatóan töltsék ki, kézírás esetén nagybetűkkel!

Alulírott: _____

Szül. hely, idő: _____

Anyja neve: _____

TAJ: _____

Telefonszám: _____

Lakcím: _____

Értesítési cím: _____

E-mail cím: _____

Az ellátás időpontjában használt név: _____

Időpont(ok)

Osztály(ok)/Ambulancia(k) megnevezése

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kérem, hogy a fent megjelölt gyógykezelésemre 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: _____

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 ügyintézése 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 ügyintézése már történt Intézetüknél, 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 kötelesek vagyok.

Kelt: _____ (hely), _____ (dátum).

Aláírás

Személyazonosító igazolvány szám

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Aláírás: _____

2. Aláírás: _____

Név: _____

Név: _____

Cím: _____

Cím: _____

Szem.az.szám: _____

Szem.az.szám: _____

Melléletek száma: _____

db. Ügyintéző aláírása: _____

2/2 oldal

* A megfelelő rész aláhúzandó, illetve kitöltendő