

**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: <i>(postai ügyintézés esetén kérjük megadni)</i>	
Telefonszám: <i>(telefonos ügyintézés esetén kérjük megadni)</i>	
E-mail cím: <i>(elektronikus ügyintézés esetén kérjük megadni)</i>	

3. A másolat készítésének/adatszolgáltatásnak célja:		
a) A másolat/adatszolgáltatás igénylése az elhunyt beteg • házastársa, • egyeneságbeli rokona • testvére • élettársa • leszármazottja* <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása céljából történik ☐	e személyek egészségügyi ellátása céljából történik ☐
	és az egészségügyi adat más módon való megismerése, az arra való következtetés nem lehetséges.	
b) A másolat/adatszolgáltatás igénylése az elhunyt beteg • törvényes képviselője • közeli hozzátartozója • örököse által* <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>	a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható adatok megismerése céljából történik ☐	a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos adatok megismerése céljából történik ☐

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

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 [a 3. a) pontban foglalt indok esetén nincs lehetőség]	☐
Boncolási jegyzőkönyv	☐
Halottvizsgálati bizonyítvány	☐
Zárójelentés	☐
Ambuláns lap	☐
Rtg./MR/CT – felvétel (lelet)	☐
Meghatározott egyéb dokumentum	

8. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat/adatszolgáltatás 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)	☐
Banki átutalás	☐

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