

**Kérelem egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére
élő személy dokumentációja vonatkozásában**

1. Beteg (ellátott személy) adatai:	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	
Telefonszám: (saját telefonos ügyintézés esetén kérjük megadni)	
E-mail cím: (saját elektronikus ügyintézés esetén kérjük megadni)	

2. Kérelmező személy adatai: (amennyiben azonos a beteggel, ezt a pontot nem kell kitölteni)	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Postázási cím: (postai ügyintézés esetén kérjük megadni)	
Telefonszám: (telefonos ügyintézés esetén kérjük megadni)	
E-mail cím: (elektronikus ügyintézés esetén kérjük megadni)	

3. Amennyiben a beteg és a kérelmező személye nem azonos, a másolat igénylése:	meghatalmazás alapján történik (a meghatalmazás másolata csatolandó)	törvényes képviselőként (szülő, gyám, gondnok) vagy törvényes jogosultként (pl. a hozzátartozó ún. állapotcselkvőképtelen beteg esetén) eljárva történik*
	☐	☐ <i>*Kérjük, húzza alá a megfelelőt</i>

4. Amennyiben a másolat/adatszolgáltatás igénylése a 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.		

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	☐
Zárójelentés	☐
Ambuláns lap	☐
Rtg./MR/CT – felvétel (lelet)	☐
Látlelet	☐
Meghatározott egyéb dokumentum	

8. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat átvételének módja: e-mail, postai*
*Kérjük, húzza alá a megfelelőt

9. Térítési (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:

11. Megjegyzés:

Kelt.:

.....
kérelmező