



Egészségügyi Dokumentáció Kikérő Lap

Kérelmező tölti ki!

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):¹

Név:
Születéskori név:.....
Születési hely és idő:
Lakcím:.....
Anyja neve: TAJ száma:.....

2. Adatkérő (kérelmező) adatai:²

Név:
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Lakcím/Értesítési cím:.....
Telefon száma:.....E-mail cím:.....

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1 Házastárs, egyenesági rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozó minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:
.....
Személyazonosságot igazoló okirat megnevezése, száma:.....
A kérés indoka rövid indoka:
.....

3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl.: örökösi minőséget igazoló okirat jellege, száma):
.....

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 A keletkezés helye, ideje:

Ellátó osztály/szakrendelés neve:
Időpont/időszak:

¹ Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személy 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 meghatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES!

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

4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció:



- 4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:
- Zárójelentés fénymásolata
 - Ambuláns lap fénymásolata
 - Boncolási jegyzőkönyv
 - Ápolási dokumentáció
 - Műtéti leírás
 - Születési órára és percre vonatkozó leírás
 - Képalkotó diagnosztikai lelet
 - Képalkotó diagnosztikai felvétel CD/DVD-n
- Megnevezése:
- Egyéb dokumentum:

5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész X-szel jelölendő): vonatkozó adatok:

- Személyes átvétel:
- Postai úton, utánvétellel, amennyiben a személyazonosság ellenőrzése a Kórházban már megtörtént.

Postacím:

6. Egyéb megjegyzés:

7. A betegdokumentáció beszerzése és annak másolása az iratanyag terjedelmétől is függhet, így kb. 30 nap, sürgős esetben 8 munkanap.

8. Tájékoztatás

Jelen egészségügyi dokumentáció kikérő lapon feltüntetett személyes adatok kezelése csak és kizárólag az ellátásban részesülő személy egészségügyi dokumentációjának kikérése céljából, az adatkérő önkéntes hozzájárulása alapján történik. A kiadott dokumentumok másolását igazoló kérelmek és űrlapok megőrzési ideje 5 év.

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációt első alkalommal térítésmentesen, az azt követő esetekben az intézmény mindenkor hatályos Térítési díjszabályzata alapján díjfizetési kötelezettséget von maga után.

A GDPR 15. cikk (3) bek. alapján, az adatkezelő az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát (első esetben térítésmentesen) az érintett rendelkezésére bocsátja. További másolatok kikérése térítésköteles a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet „térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról” szóló jogszabály alapján.

(A térítési díjat ez utóbbi esetben Intézetünk Házipénztárában kell befizetni.)

A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézet a Térítési Díj Szabályzatban foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő kiadása esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Alulírott Adatkérő a fentiekben ismertetett tájékoztatásban foglaltakat elolvastam, megértettem, személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok, továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok helyesek, az adatkérésre jogosult vagyok!

A kérelem beadásának dátuma:

.....
kérelmező aláírása



Intézmény tölti ki!

9. A dokumentáció másolatának kiadását engedélyezem/nem engedélyezem.

Elutasítás indoklás:

Kelt:

P.H.

.....
engedélyező aláírása.

Kalkuláció:	Fizetendő összeg:
Oldalak száma:	Bevételi pénztárbizonylat száma:
Dok./Adatszolg. költsége:	Befizetés kelte:

Dokumentáció kiadásának ideje:

.....
Másolatot átadó személy

.....
Másolatot átvevő személy



MEGHATALMAZÁS

Alulírott.....jelen meghatalmazással meghatalmazom
.....(név, lakóhely) szám alatti
lakost, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatban készült, fentiekben meghatározott dokumentum(ok)ról
másolatot kérjen, azokba betekinthessen.

Dátum: 20.....év.....hó.....nap

.....
meghatalmazó

A fenti meghatalmazás elfogadom.

Dátum: 20.....év.....hó.....nap

.....
meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név:
.....

Lakcím:
.....

Aláírás:
.....

Név:
.....

Lakcím:
.....

Aláírás:
.....