



Kérelem egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére

1. A beteg saját dokumentációjáról kért másolat

Beteg adatai (2.pont esetében is kitöltendő)			
Név			
TAJ szám			
Személyazonosító okmány típusa, száma			
Születési hely, idő *			
Anyja neve *			
Lakcím			
Telefonszám/e-mail cím**			
A beteg nevében eljáró kérelmező esetében a kérelmező:			
Eljárási jogosultságának típusa: <i>(a megfelelőt jelölje „x”-el)</i>	a beteg által meghatalmazott <input type="checkbox"/>	törvényes képviselő <input type="checkbox"/>	cselekvőképtelen állapotú beteg nevében eljáró hozzátartozó. <input type="checkbox"/>
Neve			
Személyazonosító okmányának típusa, száma			
Lakcíme			
Telefonszáma/e-mail címe**			
<i>A kérelmező személyazonosító okmányát, az eljárási jogosultságot igazoló dokumentumot munkatársunk ellenőrizni fogja. A meghatalmazást kérjük a kérelemhez csatolni.</i>			

2. Nem a beteg által kért másolat *(a beteg és a kérelmező személye nem azonos)*

A másolat igénylésének célja a beteg/elhunyt beteg: <ul style="list-style-type: none"> - házastársa/élettársa, <input type="checkbox"/> - leszármazottja, <input type="checkbox"/> - egyeneságbeli rokona, <input type="checkbox"/> - testvére, <input type="checkbox"/> 	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, ugyanezen személyek egészségügyi ellátása. <input type="checkbox"/> A kérelem rövid indoklása:
A másolat igénylésének célja az elhunyt beteg: <ul style="list-style-type: none"> - törvényes képviselőjének, <input type="checkbox"/> - közeli hozzátartozójának, <input type="checkbox"/> - örökösének <input type="checkbox"/> 	az elhunyt halálának okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, ill. a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléseivel kapcsolatos adatainak megismerése. <input type="checkbox"/> <i>(a megfelelőt kérjük jelölje „x”-el)</i>
A kérelmező neve,	
lakcíme,	
személyazonosító típusa, száma,	
telefonszáma/e-mail címe **	
<i>A kérelmező személyazonosító okmányát munkatársunk ellenőrizni fogja.</i>	

* csak TAJ szám hiányában szükséges kitölteni

** nem kötelező kitölteni



3. A Jávorszky Ödön Kórház osztályának/szakrendelésének neve, ill. az ellátás ideje
(amennyiben ismert):

Osztály/szakrendelés neve:	
Ellátási ideje:	

4. A másolatni kívánt egészségügyi dokumentum megnevezése (kérjük jelölje „x”-el):

Zárójelentés	
Ambuláns lap	
Egyéb dokumentum (boncjegyzőkönyv, szövettani, rtg., CT lelet)	
Teljes egészségügyi dokumentáció	
Röntgen/CT képanyag hozott CD/DVD-re	
Születési óra és percre vonatkozó dokumentum (2005. évtől)	

Tudomásul veszem, hogy a saját egészségügyi dokumentumról kért első másolat díjmentes. Az összes további másolatokért a Kórház Térítésidej-szabályzata alapján térítési díjat számol fel. Jelenleg az egyszeri eljárási díj: bruttó 1.500 Ft, a másolás díja A/4-es oldalanként: bruttó 150 Ft. A pontos születési időpontra vonatkozó dokumentáció kiadási költsége: 5.000.- Ft (ÁFÁ-val). A térítési díj fizetésének módja készpénzes pénztári befizetés.

Kelt:
Beteg (kérelmező) aláírása

AZ INTÉZMÉNY TÖLTI KI:

A dokumentáció elkészítését és kiadását engedélyezem.

Megjegyzés:

Kelt:.....
Orvos igazgató aláírása

Kapja:.....

Tisztelt Pénzügy! Fenti kérelem alapján:

A másolat kiadása térítésmentes.	
A másolat kiadásának díja a kiadottdb. A/4 oldal és egyszeri eljárási díj alapján:Ft

A kért dokumentáció másolatait átvettem:

.....
Betegfelvétel

Aláírás.....
Dátum.....



Kitöltési útmutató

Az **1 pont** a beteg, illetve a kérelmező adatait tartalmazza, amennyiben nem azonos a beteggel. A kért adatok egyrészt az érintett személyek azonosítását, másrészt az egyszerűbb kapcsolattartást és hatékonyabb ügyintézést szolgálják (ezért kérjük, hogy lehetőség szerint adja meg telefonszámát is).

Az **1 pont** tartalmazza még a **kérelem jogalapját**. Abban az esetben kell a **megfelelő helyre „x”-et tenni, ha Ön a beteg nevében jár el. A beteg nevében** eljárhat:

- a) a beteg által meghatalmazott személy – az aláírt meghatalmazást kérjük csatolni a kérelemhez,
- b) a beteg törvényes képviselője – gondnokság, gyámság esetén szükséges a törvényes képviselőt elrendelő hatósági határozat számának feltüntetése,
- c) cselekvőképtelen beteg esetében (amikor a beteg nem képes meghatalmazást adni) az általa korábban, cselekvőképés állapotában közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban tájékoztatásra jogosultként megnevezett személy. Ennek hiányában a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés
 - házastársa vagy élettársa, ennek hiányában
 - gyermeke, ennek hiányában
 - szülője, ennek hiányában
 - testvére, ennek hiányában
 - nagyszülője, ennek hiányában
 - unokája;

A fentiek hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

- gyermeke, ennek hiányában
- szülője, ennek hiányában
- testvére, ennek hiányában
- nagyszülője, ennek hiányában
- unokája.

A **2. pont** azon speciális adatkérésekre vonatkozik, amelyek esetében **nem maga a beteg, hanem valamelyik hozzátartozó az adatkérő**. Elsőként az adatkérés célját, a rokonsági fokot kell megjelölni („x”-el), majd a kérelmező saját adatait tartalmazó táblázatot kitölteni. Ebben az esetben az 1. pont is kitöltendő a beteg/elhunyt beteg adataival.

A dokumentációmásolat akkor adható ki, ha a beteg/elhunyt beteg házastársának/élettársának, egyeneságbeli rokonának, testvérének van szüksége **az egészségügyi adataira, az illető vagy leszármazói életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, illetve ugyanezen személyek egészségügyi ellátása céljából**, és az egészségügyi adat megismerése, az arra való következtetés más módon nem lehetséges (az adatkérést ebben az esetben kérjük röviden indokolja), **vagy**, ha a beteg elhunyt, és a másolat igénylésének célja, hogy a beteg törvényes képviselője, közeli hozzátartozója vagy örököse **a beteg halálának okával összefüggő** vagy **összefüggésbe hozható egészségügyi adatokat**, továbbá **a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat** megismerhesse.

A **3. pontban** kérjük megadni az ellátás helyére és idejére vonatkozó adatokat, amennyiben ismertek.

A **4. pont** tartalmazza a megismerni/másoltatni kívánt dokumentumok körét. Kérjük „x”-el jelölje a kért dokumentumtípust.

Végül kérjük ne felejtse el a kérelmet ellátni keltezéssel és aláírással.