



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: (a megfelelőt jelölje „x”-el)	a beteg által meghatalmazott ☐	törvényes képviselő ☐	cselekvőképtelen állapotú beteg nevében eljáró hozzátartozó. ☐
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: - házastársa/élettársa, ☐ - leszármazottja, ☐ - egyeneságbeli rokona, ☐ - testvére, ☐	életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, ugyanezen személyek egészségügyi ellátása. ☐
	A kérelem rövid indoklása:
A másolat igénylésének célja az elhunyt beteg: - törvényes képviselőjének, ☐ - közeli hozzátartozójának, ☐ - örökösének ☐	az elhunyt halálának okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, ill. a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléseivel kapcsolatos adatainak megismerése. ☐ (a megfelelőt kérjük jelölje „x”-el)
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 Váci Jávorszky Ödön Kórház osztályának/szakrendelésének neve, ill. az ellátás ideje (amennyiben ismert):

Osztály/szakrendelés neve:	
Ellátási ideje:	

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

Zárójelentés	
Ambuláns lap	
Egyéb dokumentum (boncjegyzőkönyv, szövettan, rtg., CT lelet)	
Teljes egészségügyi dokumentáció	
Röntgen/CT képanyag hozott CD/DVD-re	
Röntgen/CT képanyag Kórház által biztosított 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 2.000 Ft, a másolás díja A/4-es oldalanként: bruttó 200 Ft. A pontos születési időpontra vonatkozó dokumentáció kiadási költsége: 6.000.- Ft. Röntgen/CT képanyag kiadása Kórház által biztosított CD/DVD-n: 2000 Ft. A térítési díj fizetésének módja készpénzes vagy bankkártyával történő 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, valamint Kórház által biztosított CD/DVD ára alapján:	Ft

A kért dokumentáció másolatait átvettem:

..... Aláírás.....

Betegfelvétel

Dátum.....