



EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KIKÉRŐ LAP

1./ Beteg adatai (ellátásban részesült személy) :

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

2./ Adatkérő (kérelmező) személy adatai :

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

3./ Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

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

Hozzá tartozói minőségének igazolása / rokonsági fok megjelölése:
.....
A kérés rövid indoka:
.....

3.2. Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

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

4./ A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1 Keletkezés helye, ideje:

Intézmény.....
Osztály.....
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 egészségügy dokumentáció másolatát kérelmezi.

3./ pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratban (2 tanú vagy ügyvéd által ellenjegyzett) meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL !

4.2. A kért dokumentáció fajtái, melyek igénylés esetén X-szel jelölendőek.

- 4.2.1. Teljes egészségügyi dokumentáció másolata -----
- 4.2.2. Nem teljes egészségügyi dokumentáció másolata
Ezen belül :
- Zárójelentés -----
 - Ambuláns lap -----
 - Boncolási jegyzőkönyv -----
 - Ápolási dokumentáció -----
 - Műtéti leírás -----
 - Képkészítői diagnosztikai lelet -----
 - Képkészítő diagnosztikai felvétel -CD/DVD-n -----
 - Megnevezése.....
 - Egyéb dokumentum:.....
 -

5./ A kérelmet lehet:

- **személyesen** Bp. Frankel Leó u. 54. 2.em. Igazgatóságán leadni ahol a személyazonosság ellenőrzése, a kész dokumentáció átvétele és a befizetés is történik
Hétfő – Pénteki napokon 9 – 14 h között.
- **postai úton** BIR Budai Irgalmasrendi Kórház Igazgatóság
1277 Bp.10. Pf. 98.
- **e-mailben** foig.titkarsag@irgalmas.hu **címen kérni.**

6./ Az egészségügyi dokumentációról elkészült másolat kiadásának módjai :

(A kívánt mód x-szel jelölendő)

- Személyes átvétel: -----
- Postai úton, utánvétellel, amennyiben a személyazonosság ellenőrzése a Kórházban már megtörtént. A fénymásolás költségeihez a postázási költségek is hozzáadódnak. .
- Postacím:.....
-

7./ Az egészségügyi dokumentációba való csak betekintési kérelem feltételei megegyeznek az előzőkben leírtakkal, de ez ingyenes.

8./ A betegdokumentáció beszerzése és annak másolása az iratanyag terjedelmétől is függhet, így kb. 5-10-15 nap.

9./Az Intézmény által megállapított térítési díjak :

- fénymásolás 100.-Ft + ÁFA / oldal
- CD-DVD 700.-Ft + ÁFA / db

Kérelem beadásának dátuma:.....

.....
Kérelmező aláírása

Elérhetősége: