

**BORSOD- ABAÚJ – ZEMPLÉN MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ
ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ**

3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.

Tel.: (46) 515-200, Fax. (46) 323-694

E-mail: igazgato@bkeok.hu

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy): ¹

Név:

Születéskori név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

2. Adatkérő (kérelmező) személy adatai: ²

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím/Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1. Házastárs, egyeneságbeli 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):

.....

.....

¹Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

²Minden 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. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézet (tagkórház megjelölése):.....

Osztály:

Időpont/időszak:

4.2. A kért dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő).

4.2.1. Teljes egészségügyi dokumentáció

4.2.2. Nem teljes egészségügyi dokumentáció

Ezen belül:

- Zárójelentés fénymásolata

- Ambuláns lap fénymásolata

- Boncolási jegyzőkönyv

- Ápolási dokumentáció

- Műtéti leírás

- Születési órára és percre vonatkozó leírás

- Képalkotó diagnosztikai lelet vagy

- Képalkotó diagnosztikai felvétel – CD/DVD-n

Megnevezése:

Egyéb dokumentum:

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

Személyes átvétel

Postai úton történő megküldés

Postacím:

6. Egyéb megjegyzés:

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

Az egészségügyi dokumentáció másolatainak kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapít meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt:

Kérelmező aláírása

Ellenőriztem, a dokumentáció kiadását engedélyezem:.....

orvosigazgató

Dátum:.....

.....
Átvevő aláírása / személyi igazolvány szám