**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**

1. **Beteg adatai (ellátásban részesülő személy):1**

Név:

Születéskori név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

1. **Adatkérő (kérelmező) személyes adatai:2**

Név:

Születéskori név: …………………………………………………………………………………………………………………

Anyja neve:

Születési hely és idő:

TAJ szám: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Lakcím/Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

1. **Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:**
	1. **Házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:**

Hozzátartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

A kérés rövid indoka:

* 1. **Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:**

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

1. **A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:**
	1. **Keletkezés helye, ideje:**

Intézet:

Osztály:

Időpont/időszak:

* 1. **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:

1. **Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész X-szel jelölendő):**

Személyes átvétel □

Postai úton történő megküldés □

Postacím:

1. **Egyéb megjegyzés**:

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

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

**Ezúton hozzájárulok ahhoz, hogy a Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Győr hozzátartozói/jogosulti minőségem igazolásához szükséges személyi adataimat kezelje abból a célból, hogy az általam kért, egészségügyi dokumentáció kiadási feladatát jogszerűen teljesíthesse.**

**Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Kórháztól az egészségügyi dokumentációba való betekintés, illetve a másolat kiadás során rögzített személyes adataim kezeléséről szóló tájékoztatást megkaptam, a tájékoztatást megértettem.**

**Kelt: ……………………………………………. …………………………………….. kérelmező aláírása**