
EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ - MÁSOLAT KIKÉRŐ LAP¹

- elhunyt ellátásáról igényelt dokumentáció esetén -

Alulírott: _____

Szül. hely, idő: _____

Anyja neve: _____

TAJ: _____

Telefonszám: _____

Lakcím: _____

Értesítési cím: _____

E-mail cím: _____

Kijelentem, hogy az elhunyt²

- közeli hozzátartozója, rokonsági fok: _____
- törvényes képviselője
- örököse
- egyéb: _____

vagyok, akinek adatai:

Neve: _____

Szül. helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

TAJ: _____

Lakcíme: _____

Az ellátás időpontjában használt neve: _____

Időpont(ok)

Kérem, a néhai _____ -i időpontban bekövetkezett halálával összefüggő, vagy

¹ Kérjük olvashatóan töltsse ki, kézírás esetén nagybetűkkel!

² Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

összefüggésbe hozható, a fent megjelölt gyógykezelésre vonatkozó egészségügyi dokumentáció-másolatot részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indokolása:*

Tudomásul veszem, hogy az elkészült dokumentáció másolatát - amennyiben A4-es vagy annál kisebb méretű dokumentációról lenne szó és az összlapszám nem haladja meg a 10 oldalt - az általam megadott e-mail címemre küldve pdf formátumban is átvehetem.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben csomagküldő / futárszolgálat útján kérem a dokumentáció másolatot, akkor annak az ügyintézése és teljes költsége rám hárul.

A fentiek alapján a dokumentáció másolathoz az alábbi módon kívánok hozzájutni:³

Személyes átvétel

E-mailben (pdf)

Postai (csomagküldői) úton

Elfogadom, hogy az átvétel lehetőségei közül csak egyet jelölhetek meg.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a másolat elkészítésének határideje a kérelem benyújtásától és a dokumentáció elkészültétől számított 30 nap.

Kérem, hogy a dokumentáció másolatának elkészüléséről az alábbi módon tájékoztassanak:⁴

E-mailben

Postai úton (értesítési címemen)

Kijelentem, hogy a jelen kikérés tárgyát érintő ellátás vagy ellátásokkal kapcsolatban Intézetüktől korábbi másolat kérés:⁵

nem történt

történt

Kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy amennyiben dokumentáció másolat ügyintézése már történt Központnál, függetlenül attól, hogy ki volt a kérő, akkor – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 7. § (3) bekezdése alapján – az érintettek az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott, az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok minden további másolatért miniszteri rendeletben meghatározott költségelemek alapján díjat kell fizetni. Kijelentem, hogy amennyiben a másolásért a Központnál mindenkor hatályos másolási és ügyintézési költséget az alábbiak szerint megfizetem:

Egyszeri ügyintézési díj	5.000 Ft + ÁFA
Egészségügyi dokumentáció 20 oldalig	2.000 Ft + ÁFA
20 oldal felett A4-es oldalanként	100 Ft + ÁFA

Polgári- és büntetőjogi felelősség tudatában kijelentem, hogy a fentiekben felsorolt adataim a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy a dokumentáció megismerésére és átvételére jogosult vagyok. A felsorolt egészségügyi dokumentációk kiadása tekintetében a kezelőorvosokat és az Központot az orvosi titoktartás alól felmentem.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a dokumentáció másolatok elkészültétől számított 60 napon belül át nem vett iratok megsemmisítésre kerülnek, azonban a felmerülő költségek megfizetésére ez esetben is

³ Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

⁴ Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

⁵ Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

köteles vagyok.

Kelt: _____ (hely), _____ (dátum).

.....
aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Aláírás:
Név:
Cím:

2. Aláírás:
Név:
Cím: