
EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ-MÁSOLAT KÉRŐ LAP¹
- saját ellátásról igényelt dokumentáció esetén -

Alulírott: _____
Szül. hely, idő: _____
Anyja neve: _____
TAJ: _____
Telefonszám: _____
Lakcím: _____
Értesítési cím: _____
E-mail cím: _____

Az ellátás időpontjában használt név: _____

Időpont(ok)

Kérem, hogy a fent megjelölt kezelésemre vonatkozó egészségügyi dokumentáció másolatát részemre kiadni szíveskedjenek.

Tudomásul veszem, hogy az elkészült dokumentáció másolatát - amennyiben A4-es vagy annál kisebb méretű dokumentációról lenne szó és az öszlapszám 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 fenitek alapján a dokumentáció másolathoz az alábbi módon kívánok hozzájutni:²

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.

¹ Kérjük olvashatóan töltsse ki, kézírás esetén nagybetűkkel!

² Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

Kérem, hogy a dokumentáció másolatának elkészüléséről az alábbi módon tájékoztassanak:³

E-mailben

Postai úton (értesítési címmel)

Kijelentem, hogy a jelen kikérés tárgyát érintő ellátás vagy ellátásokkal kapcsolatban Intézetüktől korábbi másolat kérés:⁴

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 köteles vagyok.

Kelt: _____ (hely), _____ (dátum).

.....
aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Aláírás:
Név:.....
Cím:.....

2. Aláírás:.....
Név:.....
Cím:.....

³ Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.

⁴ Kérjük a megfelelő módot aláhúzással megjelölni.