



**ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET  
EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**  
a kérelmező hozzátartozójának ellátásával kapcsolatban

**1. A kérelmező adatai:**

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Elérhetőség (e-mail/telefon):	

**2. Annak a személynek az adatai, akiről a dokumentáció kiadását kérik:**

Alulírott kérelmező kérem, hogy a 3-4. pontban meghatározott dokumentációt az alábbi hozzátartozómról és/vagy jogelődömről szíveskedjenek kiadni:

Hozzátartozó (jogelőd) neve:	
Születési neve:	
Születési helye, ideje:	
Anyja neve:	
TAJ száma:	
Rokonsági fok:	
Egyéb kapcsolat: <sup>1</sup>	
Közokirat kiállítója és száma:	

**3. A kérelemmel érintett ellátás részletes megjelölése:**

Ellátó osztály neve:	
Ellátás időpontja/időszaka (dátum):	

**4. A kérelemmel érintett dokumentáció megjelölése:**

Alulírott kérelmező kérem, hogy a 2. pontban megjelölt hozzátartozóm (jogelődöm) alábbi egészségügyi dokumentációja másolatának kiadását kérem *(kérjük a megnevezés aláhúzásával vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen megjelölni)*:

- Ambuláns lap
- Zárójelentés
- Boncolási jegyzőkönyv<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Amennyiben a kérelmező nem azonos az egészségügyi törvényben örökösként meghatározott személyekkel, abban az esetben az örökös minőséget közokirattal kell igazolni.

<sup>2</sup> Kérjük vegyék figyelembe, hogy a boncjegyzőkönyv a halálest napjától számított 8 hét múlva készül el, azt kiadni csak annak elkészültét követően áll módunkban.

- Röntgen lelet / film/ CD: .....
- CT, UH lelet / felvétel CD/DVD-n: .....
- Egyéb: .....

VAGY

- Teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolata

**5. A kérelem indoka:**

**Alulírott kérelmező kérem, hogy a 2. pontban megnevezett hozzátartozóm egészségügyi ellátása során készült és a jelen kérelem 3-4. pontjában megjelölt egészségügyi dokumentáció másolatát az alábbi indokaim miatt részemre kiadni szíveskedjenek:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**6. Postacím megadása:**

**Kérem, hogy a kért egészségügyi dokumentációt az alábbi postacímre szíveskedjenek megküldeni:**

.....

**7. Nyilatkozatok**

**Alulírott kérelmező a kérelem aláírásával és benyújtásával nyilatkozom arról, hogy**

- a kérelemben megadott adatok a valóságnak megfelelnek, és a kérelemben megadott személyes adataim kezeléséhez önkéntesen, a kérelem teljesítése érdekében hozzájárulok;
- az egészségügyi dokumentáció másolatának kikérésére, tartalmának megismerésére jogosult személy vagyok.

**Alulírott kérelmező a kérelem aláírásával és benyújtásával tudomásul veszem, hogy**

- az egészségügyi dokumentációról kikért másolat kiadásának határideje az – OBDK ajánlása alapján – 30 (harminc) munkanap, amely határidő egészségügyi veszélyhelyzet idején esetlegesen meghosszabbodhat;
- az egészségügyi dokumentáció másolatainak másodszeri kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően a másolat átvételekor kell megfizetnie. A dokumentáció postai úton történő megküldése során felmerülő postaköltségek a kérelmezőt terhelik.
- az egészségügyi dokumentáció kikérésére irányuló kérelemben megadott adatokért, a kikért másolat birtoklásáért és esetleges felhasználásáért felelősséggel tartozom.

Keltezés helye, ideje: .....

Kérelmező aláírása: .....

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. Név:  
Lakcím:  
Aláírás:

2. Név:  
Lakcím:  
Aláírás: