



**ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZET**

**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP**  
a kérelmező saját ellátásával kapcsolatosan

**1. A kérelmező adatai:**

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
TAJ szám:	
Telefonszám:	

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

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

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

**Alulírott kérelmező az alábbi egészségügyi dokumentáció másolatának kiadását kérem (kérjük a megnevezés aláhúzásával vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen megjelölni):**

- Ambuláns lap
- Zárójelentés
- Boncolási jegyzőkönyv<sup>1</sup>
- Röntgen lelet / film/ CD: .....
- CT, UH lelet / felvétel CD/DVD-n: .....
- Egyéb: .....

vagy

- Teljes egészségügyi dokumentáció

<sup>1</sup> Kérjük vegyék figyelembe, hogy a boncjegyzőkönyv a halálest napjától számított 8 hét múlva készül el, azt kiadni csak annak elkészültét követően áll módunkban.

**4. A kérelem indoka:**

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

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

**5. Postacím megadása:**

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

.....

**6. 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 másodszori kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően a másolat átvételekor kell megfizetnie.
- 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:  | 2. Név:  |
| Lakcím:  | Lakcím:  |
| Aláírás: | Aláírás: |