

# EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

KITÖLTÉS ELŐTT KÉREM, OLVASSA EL A 4.) PONTBA FOGLALT TÁJÉKOZTATÓT!

## 1. Ellátásban részesülő személy adatai:

Név: .....,  
születési hely és idő: .....,  
TAJ száma: .....,  
Elhunyt személy: igen  nem   
Telefonszám/e-mail: .....

## 2. Adatkérő – amennyiben nem azonos az ellátásban részesülő személlyel – személy adatai:

Név: .....,  
Telefonszám/e-mail: .....

**Jogosultság megjelölése (a megfelelőt jelölje X-el)**

SZÜLŐ

GYÁM/ GONDNOK

A gyámságot/gondnokságot elrendelő határozat időpontja, száma: .....

HOZZÁTARTOZÓ (házastárs/élettárs; felmenő/lelenő rokon; testvér)

a dokumentumkérés indoklása: **egészségügyi indok**   
**halál okával összefüggő indok**

csatolt dokumentum:

**hozzátartozói minőség igazolása**

**egészségügyi indok esetén a kezelőorvos írásbeli indoklása**  
az egészségügyi ok vonatkozásában

ÖRÖKÖS

hagyatéki végzés időpontja, száma: .....

MEGHATALMAZOTT

csatolt dokumentum:

**meghatalmazás**

## 3. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

**MRE Bethesda Gyermekkorháza**

Osztály: .....

Időpont/időszak: .....

Alábbi egészségügyi dokumentációk vonatkozásában (a megfelelőt jelölje X-el).

TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ

NEM TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ

zárójelentés

ambuláns lap

ápolási dokumentáció

képalkotói diagnosztikai lelet

képalkotó diagnosztikai felvétel

egyéb:


.....

.....

**3.1 Adatszolgáltatás módja (a megfelelőt jelölje X-el)**

FÉNYMÁSOLÁS  E-MAIL  CD/DVD

**3.2 Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának (a megfelelőt jelölje X-el)**

SZEMÉLYES ÁTVÉTEL  POSTAI KÉZBESÍTÉS  E-MAIL

posta cím/e-mail cím (amennyiben ezt jelölte meg): .....

**4. Tájékoztatás**

- 4.1. Hozzá tartozó minden esetben csak és kizárólag egészségügyi indok esetén, a szükséges adatok tekintetében, valamint az ellátásban részesült személy halála esetén a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatok tekintetében kérhet adatot.
- 4.2. Hozzá tartozói minőség igazolására alkalmas: pl.: ügyvéddel/közjegyzővel ellenjegyzett, vagy 2 tanúval aláíratott nyilatkozat, apasági nyilatkozat, hatósági határozat stb.
- 4.3. Az ellátásban részesült személy halála esetén a törvényes képviselő és az örökös csak és kizárólag a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatok tekintetében kérhet adatot
- 4.4. Meghatalmazott adatkérő esetén meghatalmazásként csak és kizárólag teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás fogadható el, mely tartalmazza a dokumentumkikérés tényét, és az igényelt dokumentumok körét.
- 4.5. Az ügyintézés határideje egy hónap, amely indokolt esetben két hónappal meghosszabbítható, amennyiben a dokumentum mérete, és a másolásra fordított munkaidő indokolja. A határidő hosszabbításáról és indokáról a kérelmezőt tájékoztatjuk.
- 4.6. A dokumentum másolat készítését a kórház **díjmentesen** biztosítja. Az egészségügyi dokumentáció másolatainak **ismételt kiadása** másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet az adatkérőnek a MRE Bethesda Gyermekkórháza **1030002-20207106-00003285** számú bankszámlájára átutalással, postai úton csekken, vagy személyesen készpénzzel vagy bankkártyával a pénztárba történő befizetéssel szükséges megfizetnie. A másolatok a befizetés tényének igazolását követően adható ki.
- 4.7. Jelen egészségügyi dokumentáció kikérő lapon feltüntetett személyes adatok kezelése csak és kizárólag az ellátásban részesülő személy egészségügyi dokumentációjának kikérése céljából, az adatkérő önkéntes hozzájárulása alapján történik. A kiadott dokumentum(ok) másolását igazoló kérelmek és űrlapok megőrzési ideje 5 év.

Kelt, ..... 20 ..... év ..... hó ..... nap

***Alulírott Adatkérő a fentiekben ismertetett tájékoztatásban foglaltakat elolvastam, megértettem, személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok, továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok helyesek, az adatkérésre jogosult vagyok!***

.....  
(olvasható aláírás)