

KÉRELEM EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRÓL TÖRTÉNŐ MÁSZOLAT KÉSZÍTÉSÉHEZ

(Kérjük, nagybetűkkel töltsé ki az űrlapot.)

A kérelem címzettje:

Balatonfüredi Állami Szívkórház (8230 Balatonfüred, Gyógy tér 2.; E-mail: titkarsag@szivkorhaz.hu)

Beteg (ellátott személy) adatai:	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	
TAJ szám:	

Kérelmező személy adatai, amennyiben a kérelmező nem azonos a beteggel:	
Név (születéskori név is):	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Lakcím:	

Meghatalmazás (Kérjük, húzza alá a megfelelőt.)	
Helyettem más személy kéri és veszi át / kapja meg a másolatot, ezért meghatalmazást mellékelek.	IGEN NEM

(Meghatalmazás minta a Szívkórház Adatkezelési tájékoztatójának mellékletében található.

Meghatalmazás nélkül csak Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 7. §-ában részletezett esetekben lehetséges másolat kiadása.)

A beteget ellátó osztály neve:	
Az ellátás ideje:	

Dokumentum, amelyről másolatot igényel:

(Kérjük, tegyen X-et a válaszának megfelelő irat neve mellé.)

Ambuláns lap ☐

Zárójelentés ☐

Röntgenfelvétel ☐

Teljes egészségügyi dokumentáció ☐

Meghatározott egyéb dokumentum:

E-mail cím (amennyiben e-mailen kéri a másolatot):

Postázási cím (amennyiben postai úton kéri a másolatot):

Kelt: (hely), 202.. hónap

.....
kérelmező aláírása