

KÉRELEM EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓRÓL TÖRTÉNŐ MÁSOLAT 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 <i>más személy</i> kéri és veszi át / kapja meg a másolatot, ezért <i>meghatalmazást</i> 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 válaszában 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), 2024. hó nap

.....
kérelmező aláírása