

## MEGHATALMAZÁS

### Egészségügyi dokumentáció másolat kérelméhez

Alulírott (**meghatalmazó**)

Név (születéskori név is): .....

Születési hely és idő: .....

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

meghatalmazom

Név (születéskori név is) (**meghatalmazott**): .....

Születési hely és idő: .....

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

, hogy a *Balatonfüredi Állami Szívkórház* (8230 Balatonfüred, Gyógy tér 2.)

Osztály: .....

Időszak / időpont: .....

történt ellátásom során keletkezett, a kérelmemben meghatározott egészségügyi dokumentum másolatának kikérése és átvétele/megküldése ügyében helyettem teljes jogkörrel eljárjon.

Kelt: ..... (hely), 2024. .... hó ..... nap

.....

Meghatalmazó aláírása

.....

Meghatalmazott aláírása

Tanú 1.

Tanú 2.

Név: .....

.....

Lakcím: .....

.....

Aláírás: .....

.....