



BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN VÁRMEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ  
ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ

## FŐIGAZGATÓ

3 5 2 6 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.  
Tel.: (46) 515-205, Fax: (46) 323-694  
E-mail: igazgato@bazmkorhaz.hu

### EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

#### 1. A beteg adatai (ellátásban részesült személy):

Név: .....  
Születéskori név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
TAJ szám: .....  
Lakcím: .....

#### 2. Az adatkérő (kérelmező) személy adatai:

Név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
Lakcím/Értesítési cím: .....  
Telefonszám: .....  
E-mail cím: .....

#### 3. Amennyiben nem saját részére kéri a dokumentációt, akkor további kitöltendő adatok (meghatalmazás csatolása szükséges):

Házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, élettárs, törvényes képviselőkérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

Igazoló okmányok megnevezése, sorszáma:

- a.) személyi igazolvány: .....
- b.) születési anyakönyvi kivonat: .....
- c.) házassági anyakönyvi kivonat: .....
- d.) halotti anyakönyvi kivonat: .....
- e.) élettársi nyilatkozat: .....
- f.) örökös minőséget igazoló okirat: .....
- g.) gondnokkirendelő határozat: .....

A kérés rövid indoka:

.....

Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok: hozzátartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:

Igazoló okmányok megnevezése, sorszáma:

- a.) személyi igazolvány: .....
- b.) születési anyakönyvi kivonat: .....
- c.) házassági anyakönyvi kivonat: .....
- d.) halotti anyakönyvi kivonat: .....
- e.) élettársi nyilatkozat: .....
- f.) örökösi minőséget igazoló okirat: .....
- g.) gondnokkirendelő határozat: .....

A kérelem érvényességéhez, **a beteg ellátásának ideje alatt** kórrajzkivonat kérése esetén, a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, **az ellátás befejezését követően** egészségügyi dokumentáció kérelemhez a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a **KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES**.

#### 4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézet (tagkórház megjelölése):.....

Osztály:.....

Időpont/időszak: .....

4.2. A kért dokumentáció-másolat terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő).

4.2.1. Teljes egészségügyi dokumentáció

4.2.2. Nem teljes egészségügyi dokumentáció

4.2.3. Ezen belül:

- Zárójelentés

- Ambuláns lap

- Boncolási jegyzőkönyv

- Ápolási dokumentáció

- Műtéti leírás

- Születési órára és percre vonatkozó leírás

- Képkötő diagnosztikai lelet vagy

- Képkötő diagnosztikai felvétel - CD/DVD-n

Megnevezése: .....

Egyéb dokumentum: .....

**5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész x-szel jelölendő):**

Személyes átvétel

Postai úton történő megküldés

Postacím: .....

Egyéb megjegyzés: .....

**A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:**

A GDPR 12. cikk (5) bekezdése és 15. cikk (3) bekezdése szerint a másolat első alkalommal történő kiadása díjmentes. Az érintettnek az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott, az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok minden további másolatért miniszteri rendeletben meghatározott költségelemek alapján díjat kell fizetni.

**A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.**

Kelt: .....

Kérelmező aláírása  
személyi igazolvány száma

Ellenőriztem, a dokumentáció kiadását engedélyezem: .....

orvosigazgató

Kiadás dátum: .....

Átvevő aláírása / születési hely és idő

Pénztárban fizetendő összeg: ..... Ft.

azaz: ..... forint.

.....  
ügyintéző aláírása