

**KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSSAL KÉSZÜLT  
EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ: FELVÉTEL / LELET  
MÁSOLATÁNAK KÉRÉSE**

..... (név) mint kérelmező, a beteg  
..... (rokoni kapcsolat megnevezése) / törvényes képviselője /  
meghatalmazottja a csatolt meghatalmazás alapján kérem, hogy a Képalkotó Diagnosztikai  
Centrumban ellátott beteg: ..... (név)

- egészségügyi dokumentációjába betekinthessek
- az egészségügyi dokumentációról másolatot kérek lelet / felvétel
- a beteg dokumentációját küldjék meg az alábbi egészségügyi ellátó intézmény,  
szolgáltató részére: .....

**A beteg adatai:**

Neve: .....

Születési ideje: ..... év ..... hó ..... nap

Anyja neve: .....

Állandó lakcíme: .....

TAJ: .....

**A következő egészségügyi dokumentumok másolatát kérem:**

.....  
.....  
.....

**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.**

Miskolc, 20..... év ..... hó ..... nap

.....  
kérelmező aláírása / személyi azonosító

A Képalkotó Diagnosztikai Centrum ..... (felelős megnevezése)  
ügyintézőjeként igazolom, hogy a fenti kérelmező .....  
nevű betegünk ..... hozzátartozója/törvényes  
képviselője/meghatalmazottja a csatolt meghatalmazás alapján.

A kérelmező a dokumentációt 20..... év ..... hó ..... napján veheti át.

.....  
ügyintéző aláírása

Melléklet: Meghatalmazás: ..... db  
Nyilatkozat: ..... db

.....  
átvevő aláírása