

**LÁTLELET KÉRŐ LAP**

..... Osztály..... Szakrendelő

Költséghelyi kód: .....

1\* Alulírott kérem, hogy sérülésemről látleletet kiállítani szíveskedjék.

Adataim:

Név: .....

Születési idő, hely: .....

Lakcím: .....

2\* Alulírott kérem, hogy mint *kiskorú*, illetve *cselekvőképtelen nagykorú*, vagy *korlátozottan cselekvőképes nagykorú\*\** törvényes képviselője gyermekem, gondnokoltam, gyámoltam sérüléséről látleletet kiállítani szíveskedjék.

Gyermequem / gondnokoltam / gyámoltam adatai:

Név: .....

Születési idő, hely: .....

Lakcím: .....

Tudomással bírok arról, hogy a 284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet alapján a látlelet kiállítása 3.500 Ft térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, melyet a Pénzügyi és Számviteli Osztály Pénztárába befizetek.

Dátum: .....

.....  
aláírás

.....  
orvos aláírása  
bélyegző

\* a megfelelő rész kitöltendő!

\*\* megfelelő rész aláhúzendő!