

**NYILATKOZAT**  
**képalkotó diagnosztikus eljárás során készült felvétel kiadásához**

Alulírott ....., született ..... év ..... hó ..... nap,  
szül. hely: ....., anyja neve: .....  
lakcím: ..... kérem, hogy az orvosi  
dokumentációm részét képező, képalkotó diagnosztikus eljárás során készült felvételt (röntgen, ultrahang,  
CT, MRI, stb.) – mely dokumentációról másolat nem készíthető / mely dokumentációról másolat  
készíthető – saját felelősségemre a B.-A.-Z. Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház  
adja ki. A fenti dokumentáció kiadását követően megsérülésére, megsemmisülésére a Kórházzal  
szemben nem hivatkozom.

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

A kérelmező aláírása: .....

Neve: .....

Anyja neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Születési hely és idő: .....

**Előttünk, mint tanuk előtt:**

..... Neve: .....

1. tanú aláírása Anyja neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Születési hely és idő: .....

..... Neve: .....

2. tanú aláírása Anyja neve: .....

Állandó lakcíme: .....

Születési hely és idő: .....