



**BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN 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:

Ellátáskori név:.....

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

2. Az adatkérő (kérelmező) személy adatai:

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ:

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:



**BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN 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

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.) örökös 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/idejszak:

Ellátás típusa, rövid részletezése:

.....

.....

Az ellátás során elhalálozott: igen / nem

Az elhalálozás időpontja:

*Szülészeti és Nőgyógyászati Centrum megjelölése esetén a megfelelő rész aláhúzendő:

A kért egészségügyi dokumentáció

–..... Szülészeten keletkezett (szülészeti ellátás történt)

–..... Nőgyógyászaton keletkezett (nőgyógyászati ellátás / műtét történt)

–..... Terhespathológián keletkezett

–..... Egynapos sebészeti osztályon keletkezett (egynapos műtéti beavatkozás történt)

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

☐



**BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLEN 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

4.2.3. Ezen belül:

- Zárójelentés ☐
- Ambuláns lap ☐
- Boncolási jegyzőkönyv ☐
- Ápolási dokumentáció ☐
- Műtési leírás ☐
- Születési órára és percre vonatkozó leírás ☐
- Képalkotó diagnosztikai lelet vagy ☐
- Képalkotó 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