

KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSSAL KÉSZÜLT EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLATÁNAK KÉRÉSE

B-A-Z Megyei Központi Kórház és
Egyetemi Oktatókórház

Képalkotó Diagnosztikai Centrum

KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSSAL KÉSZÜLT EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLATÁNAK KÉRÉSE

.....(név) mint kérelmező, a beteg
..... (rokon kapcsolat megnevezése)/ törvényes képviselője/
meghatalmazottja a csatolt meghatalmazás alapján kérem, hogy a Képalkotó Diagnosztikai
Centrumban ellátott beteg: (név) egészségügyi
dokumentációjába betekinthessek, illetve az alábbi dokumentációkról másolatot kapjak.

A beteg adatai:

Neve:
Születési ideje: hó nap
Anyja neve:
Állandó lakcíme:
TAJ:.....

A következő egészségügyi dokumentáció másolatát kérem:

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi dokumentációk másolatáért a jogszabályi feltételek
fennállása esetén - annak átvételkor - a Kórház által meghatározott összegű térítési díjat kell
fizetnem.

Miskolc, 20... év hó nap

.....
Kérelmező aláírása

Születési hely és idő::

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

E-MK 2016-23/19

FISZ-006/A07