



BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN 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

### SZÜLETÉSI IDŐPONT KIKÉRŐ LAP

**1. Az igényelt születési időponthoz kapcsolódó adatok  
(Az ellátásban részesült személy – anya - adatai):**

Név: .....  
Születéskori név: .....  
A szülés időpontjában használt neve: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
TAJ szám: .....  
Lakcím: .....

**2. Az adatkérő (kérelmező) személy adatai:**

Név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
Lakcím/Értesítési cím: .....  
Telefonszám: .....  
E-mail cím: .....

**3. Igénylés jogalapja (aláhúzással jelölendő):**

**saját jogon**

**törvényes képviselő**

**örökös**

**közeli hozzátartozó** (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha –és  
nevelt gyermek, örökbefogadó, mostoha –és nevelőszülő, testvér, élettárs)

**egyéb meghatalmazott:** .....

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: .....

**4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:**

- 4.1. Keletkezés helye, ideje:  
Intézet (tagkórház megjelölése):.....
- Időpont/időszak: .....

**5. A dokumentáció kiadásának módja  
(a megfelelő rész x-szel jelölendő):**

- Személyes átvétel
- Postai úton történő megküldés

Postacím: .....

Kelt: .....

Kérelmező aláírása

Ellenőriztem, a dokumentáció kiadását engedélyezem: .....

orvosigazgató

Kiadás dátum: .....

Átvevő aláírása / születési hely és idő

.....

ügyintéző aláírása