

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

KITÖLTÉS ELŐTT KÉREM, OLVASSA EL A 4.) PONTBA FOGLALT TÁJÉKOZTATÓT!

1. Ellátásban részesülő személy adatai:

Név:
születési név:
születési hely és idő:
anyja neve:
TAJ száma:
Lakcím:

2. Adatkérő – amennyiben nem azonos az ellátásban részesülő személlyel – személy adatai:

Név:
születési hely és idő:
Személyi ig.szám/jogosítvány száma/útlevél száma:
Telefonszám:.....

Jogosultság megjelölése (a megfelelő aláhúzendó)

SZÜLŐ (törvényes képviselő)

GYÁM/ GONDNOK (törvényes képviselő)

a gyámságot/gondnokságot elrendelő határozat időpontja, száma:

.....;

HOZZÁTARTOZÓ (a megfelelő aláhúzendó)

a rokonsági fok megjelölése: **HÁZASTÁRS, ÉLETTÁRS,**
FELMENŐ ROKON (pl. nagyszülő);
LEMENŐ ROKON (pl. gyermek),
TESTVÉR

a dokumentumkérés indoklása: **EGÉSZSÉGÜGYI INDOK**
HALÁL OKÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ INDOK

CSATOLT DOKUMENTUM:

- a hozzátartozói minőség igazolása
- egészségügyi indok esetén a kezelőorvosának írásbeli indoklása az egészségügyi ok vonatkozásában.

ÖRÖKÖS hagyatéki végzés időpontja, száma:

MEGHATALMAZOTT CSATOLT DOKUMENTUM: meghatalmazás

3. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

MRE Bethesda Gyermekkorháza

Osztály:

Időpont/időszak:

Alábbi egészségügyi dokumentációk vonatkozásában (a megfelelő aláhúzendó).

- **TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ**
- **NEM TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ**, ezen belül
 - zárójelentés
 - ambuláns lap
 - ápolási dokumentáció
 - képalkotói diagnosztikai lelet
 - képalkotó diagnosztikai felvétel
 - egyéb:

.....
.....
.....

- elhunyt személy: **IGEN / NEM**

3.1 Adatszolgáltatás módja (a megfelelő aláhúzendó)

FÉNYMÁSOLÁS, E-MAIL, CD/DVD

3.2 Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő aláhúzendó) SZEMÉLYES ÁTVÉTEL; POSTAI KÉZBESÍTÉS; E-MAIL

posta cím/e-mail cím (amennyiben ezt jelölte meg):

4. Tájékoztatás

- 4.1. Hozzá tartozó minden esetben csak és kizárólag egészségügyi indok esetén, a szükséges adatok tekintetében, valamint az ellátásban részesült személy halála esetén a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatok tekintetében kérhet adatot.
- 4.2. Hozzá tartozói minőség igazolására alkalmas: pl.: ügyvéddel/közjegyzővel ellenjegyzett, vagy 2 tanúval aláíratott nyilatkozat, apasági nyilatkozat, hatósági határozat stb.
- 4.3. Az ellátásban részesült személy halála esetén a törvényes képviselő és az örökös csak és kizárólag a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatok tekintetében kérhet adatot
- 4.4. Meghatalmazott adatkérő esetén meghatalmazásként csak és kizárólag teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás fogadható el, mely tartalmazza a dokumentumkikérés tényét, és az igényelt dokumentumok körét.
- 4.5. Az ügyintézés határideje 15 munkanap, amely 15 nappal meghosszabbítható, amennyiben a dokumentum mérete, és a másolásra fordított munkaidő indokolja. A határidő hosszabbításáról és indokáról a kérelmezőt tájékoztatjuk.
- 4.6. Az egészségügyi dokumentáció másolatainak kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet az adatkérőnek a MRE Bethesda Gyermekkórháza **10300002-20207106-00003285** számú bankszámlájára átutalással, postai úton csekken, vagy személyesen készpénzzel vagy kártyával a pénztárban történő befizetéssel szükséges megfizetnie. A másolatok a befizetés tényének igazolását követően adható ki.
- 4.7. Jelen egészségügyi dokumentáció kikérő lapon feltüntetett személyes adatok kezelése csak és kizárólag az ellátásban részesülő személy egészségügyi dokumentációjának kikérése céljából, az adatkérő önkéntes hozzájárulása alapján történik. A kiadott dokumentum(ok) másolását igazoló kérelmek és űrlapok megőrzési ideje 5 év.

Kelt, 20 év hó nap

Alulírott Adatkérő a fentiekben ismertetett tájékoztatásban foglaltakat elolvastam, megértettem, személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok, továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok helyesek, az adatkérésre jogosult vagyok!

.....
(olvasható aláírás)

MELLÉKLETEK:

CSATOLT DOKUMENTUMOK MEGNEVEZÉSE:

.....

.....

.....

.....