

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

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

1. Ellátásban részesülő személy adatai:

Név
születési hely és idő
TAJ száma:
Elhunyt személy: igen ☐ nem ☐
Telefonszám/e-mail:

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

Név
Telefonszám/e-mail:

Jogosultság megjelölése (a megfelelőt jelölje X-el)

☐ **SZÜLŐ**

☐ **GYÁM/ GONDNOK**

A gyámságot/gondnokságot elrendelő határozat időpontja, száma:

☐ **HOZZÁTARTOZÓ** (házastárs/élettárs; felmenő/lemenő rokon; testvér)

a dokumentumkérés **indoklása:**

egészségügyi indok

☐

halál okával összefüggő indok

☐

csatolt dokumentum:

hozzátartozói minőség igazolása

☐

egészségügyi indok esetén a kezelőorvos írásbeli indoklása

az egészségügyi ok vonatkozásában

☐

☐ **ÖRÖKÖS**

hagyatéki végzés időpontja, száma:

☐ **MEGHATALMAZOTT**

csatolt dokumentum:

meghatalmazás

☐

3. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

MRE Bethesda Gyermekkórháza

Osztály:

Időpont/időszak:

Alábbi egészségügyi dokumentációk vonatkozásában (a megfelelőt jelölje X-el).

☐ **NEM TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ**

zárójelentés

ambuláns lap

ápolási dokumentáció

képalkotói diagnosztikai lelet

képalkotó diagnosztikai felvétel

egyéb:

.....

.....

☐ **TELJES EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ**

3.1 Adatszolgáltatás módja (a megfelelőt jelölje X-el)

FÉNYMÁSOLÁS ☐ E-MAIL ☐ CD/DVD ☐

3.2 Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának (a megfelelőt jelölje X-el)

SEMÉLYES 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 egy hónap, amely indokolt esetben két hónappal meghosszabbítható, amennyiben a dokumentum mérete, és a másolásra fordított munkaidő indokolja. A határidő hosszabbításáról és indokáról a kérelmezőt tájékoztatjuk.
- 4.6. A dokumentum másolat készítését a kórház **díjmentesen** biztosítja. Az egészségügyi dokumentáció másolatainak **ismételt 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 bankkártyával a pénztárba 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)