

**BORSOD- ABAÚJ- ZEMPLÉN MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ ÉS
EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ**

3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.

Tel.: (46) 515-200, Fax. (46) 323-694

E-mail: igazgato@bazmkorhaz.hu

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

1. A beteg adatai (ellátásban részesült személy) ¹:

Név:

Születéskori név:.....

Születési hely és idő:.....

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

2. Az adatkérő (kérelmező) személy adatai ²:

Név:.....

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím/Értesítési cím:.....

Telefonszám:

E-mail cím:

3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

3.1 Házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:
Hozzá tartozói minőségének igazolása/ rokonsági fok megjelölése:

.....
A kérés rövid indoka:

3.2. Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok³:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

¹Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

²Minden olyan esetben kitöltendő, ha a kérelmező nem saját egészségügyi dokumentáció másolatát kérelmezi. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES! Ha az érintett több nyilatkozatot tett, a későbbi időpontban tett nyilatkozattal meghatalmazott személy jogosult eljárni.

³Az érintett halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról - saját költségére - másolatot kapni.

4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

4.1. Keletkezés helye, ideje:

Intézet (tagkórház megjelölése):

Osztály:.....

Időpont/időszak:

4.2. A kért dokumentáció-másolat terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő).

- 4.1.1. Teljes egészségügyi dokumentáció
- 4.1.2. Nem teljes egészségügyi dokumentáció
- 4.1.3. Ezen belül:
- Zárójelentés
 - Ambuláns lap
 - Boncolási jegyzőkönyv
 - Ápolási dokumentáció
 - Műtéti leírás
 - Születési órára és percre vonatkozó leírás
 - Képkötő diagnosztikai lelet vagy
 - Képkötő 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 érintettek 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

Ellenőriztem, a dokumentáció kiadását engedélyezem:
orvosigazgató

Dátum:
Átvevő aláírása / születési hely és idő

Pénztárban fizetendő összeg:Ft.

azaz:.....forint.

.....
Iktató/ügyintéző aláírása