



## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

A \*-gal ellátott adatok kitöltése kötelező!

### ADATKEZELÉS TÁJÉKOZTATÓ:

Jelen adatkezelés jogalapja az Ön hozzájárulása. Az Ön által, a jelen kérelemben feltüntetett személyes adatokat  
- a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (2016. április 27.) és  
- az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásai szerint kezeljük.

A személyes adatok kezelésének célja: az egészségügyi dokumentáció másolat kiadására szolgáló ezen kérelem nyilvántartása, amelynek megőrzési ideje: 5 év.

### \*1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):<sup>1</sup>

Név:.....  
Születéskori név:.....  
Születési hely és idő:.....  
Anyja neve:.....  
TAJ szám:.....  
Lakcím: .....

### 2. Adatkérő (kérelmező)/felhatalmazott/meghatalmazott személy adatai:<sup>2</sup>

Név:.....  
Születési hely és idő:.....  
Anyja neve:.....  
Lakcím/Értesítési 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:

a fenti személy(ek) életét, egészségét befolyásoló ok feltárása .....

.....

a fenti személy(ek) egészségügyi ellátása céljából és

az egészségügyi adat más módon való megismerése, illetve az arra való következtetés nem lehetséges.

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

<sup>2</sup> Minden 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 KELL CSATOLNI!



## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

A \*-gal ellátott adatok kitöltése kötelező!

### 3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

**Törvényes képviselő<sup>3</sup>, közeli hozzátartozó<sup>\*\*</sup>** (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő és testvér, élettárs), **vagy örökös jogosultságának igazolása** (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

<sup>\*\*</sup> megfelelő aláhúzendó

.....

A kérelmező jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációról másolatot kapni.

## 4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok

### \*4.1 Keletkezés helye, ideje:

Tolna Vármegyei Balassa János Kórház. Osztály/szakrendelés: .....

Időpont/időszak: .....

### \* 4.2 A kért dokumentáció típusa, terjedelme (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció papír alapon

4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

- Zárójelentés fénymásolata

- Ambuláns lap fénymásolata

- Boncolási jegyzőkönyv

- Ápolási dokumentáció

- Műtéti leírás

- Születési órára és percre vonatkozó leírás

- Képkötő diagnosztikai lelet vagy

- Képkötő diagnosztikai felvétel – CD/DVD-n

- Egyéb dokumentum: .....

## \*5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat átadásának módja (a megfelelő rész aláhúzendó, illetve x-szel jelölendő):

**Személyes átvétel / meghatalmazással az Orvosigazgatóságon**

**Postai úton történő megküldés**

Címzett<sup>4</sup>, postacím: .....

**Befizetés módja:** csekken  vagy átutalással  10046003-00317368 bankszámla számra.

**Postaköltség: 800 Ft**

<sup>3</sup> Születési anyakönyvi kivonat, elvált szülők esetén szülői felügyeleti jog igazolása (pl.: bírói döntés), gondnok kirendeléséről szóló dokumentum.

<sup>4</sup> 1., 2. vagy a 3. pontban megjelölt személy lehet.





## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

A \*-gal ellátott adatok kitöltése kötelező!

Ezúton nyilatkozom, hogy a feltüntetett adatok teljes körűen megfelelnek a valóságnak.

A személyes adataim kezeléséről szóló tájékoztatást megkaptam. Jelen kérelem aláírásával hozzájárulok, hogy a 3.2 pontban megjelölt dokumentumokról, - jelen kérelem elbírálásának céljából - fénymásolat készüljön.

Személyes vagy meghatalmazással történő ügyintézés esetén az egészségügyi dokumentáció másolata az intézmény pénztárába történő díj befizetését követően vehető át.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben postai úton kérem az egészségügyi adat/dokumentáció másolatát, az intézmény által kiküldött csekk tartalmazza a fizetendő összeget (beleértve a postaköltséget is) és a bankszámla számot. A térítési díj csekken történő befizetéssel vagy banki átutalással teljesíthető.

Az összeg beérkezését követően - 5 munkanapon belül - a kért dokumentumok a teljesítést igazoló számlával kerülnek postázásra.

Szekszárd, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
kérelmező aláírása

**Az egészségügyi dokumentáció kiadását engedélyezem:**

Szekszárd, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
engedélyező aláírása

**Átvétel:**

Szekszárd, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
átvevő személy aláírása