EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KÉRÉSE

**Beteg adatai:**

Név ……………………………………………………..…… Születési név: ………………………………………………………………… Születési hely, idő:………………...…………… Anyja neve: ……………………..………… TAJ szám: ………………….…………

Kérem, hogy részemre a PTE Klinikai Központ ………………………………………………..……....………………….. Klinikán/Intézetben.............................................-től ………………….....……………….-ig terjedő időben történt kezelésemről \*□ zárójelentés □ ambuláns lap □ diagnosztikai felvételek (Rtg, CT, MR) □ egyéb: …………………………………………………………………………………………….……....……… másolatát kiadni szíveskedjenek.

Megjegyzés:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi dokumentáció első másolata térítésmentes, a további másolatokért a 2/2025. számú KK Elnöki Utasításban meghatározott térítési díjat kell megfizetni.

………………………, 20…..….. év …………………… hó …………………… nap

**Kérelmező / meghatalmazott adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: ………………………………………………………………………………..…….Levelezési cím: ………………………………………………..……………………. | Telefonszám: ………………………………….....Aláírás: …………………………………………....... |

**A dokumentáció megküldésének választott módja**\***:**

|  |
| --- |
| □ ügyfélkapu tárhelyre (viselt név: ……………………..…………….………………..………., születési név: …………………………………………………………..…….., anyja neve: ……………….…………………..……..……………, születési hely, idő: ……………………………………………………………...…..) |
| □ személyes átvétel | □ postai út □ e-mail útján titkosítva (e-mail cím: …………………………………..………) |

Tanú 1.: Tanú 2.:

Név: ..………………………………………………..………………. ………………………..…………..…………………………………..

Lakcím: ……………………………………………..………..…….. ………………....……………………………………………………..

Aláírás:………………………………………………….…………… …………………………………………………………………………

Átvettem: ………………………………………………………………

\*A megfelelő rész megjelölése szükséges. dátum, aláírás