

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP A JOGUTÓD NÉLKÜL MEGSZÜNT EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK DOKUMENTÁCIÓIBÓL MAGÁNSZEMÉLYEK RÉSZÉRE

Alulírott [], születési név: [],
születési hely és idő: [],
anyja neve: [], TAJ száma: []

kérem, hogy részemre a jogutód nélkül megszünt **Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet/ az Országos Gyógyintézeti Központ / a Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet/ Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ** (A megfelelő aláhúzendő!), valamint jogelőd intézményei

[] osztályán, [] időpontban (ha ismert)
rólam / hozzátartozómról (A megfelelő aláhúzendő!)

hozzátartozó esetén:

rokonsági fok megjelölése: []

hozzátartozó neve: []

hozzátartozó születési helye és ideje: []

TAJ száma: []

anyja neve: []

készült egészségügyi dokumentációt (Melynek pontos megnevezése aláhúzással és/vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen jelölendő!):

- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát,
- zárójelentés fénymásolatát,
- RTG leletet / filmeket részletezve []
- CT leletet / MR leletet / felvételt részletezve []
- egyéb: []

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

Tudomásul veszem, hogy a kikért dokumentációk első másolata ingyenes, a további másolatokért az Intézet által meghatározott költséget kell számla ellenében megfizetnem.

[], 20[] [] []

.....
kérelmező aláírása

Lakcím: []

Telefonszám: []

E-mail cím: []