

**Kérelem egészségügyi dokumentációba való betekintésre és/vagy másolat készítésére
(érintett saját adatairól)**

<u>A beteg</u>	
neve – leánykori neve	
születési helye, ideje	
anyja neve	
lakcíme/postacíme	
TAJ száma	
elérhetősége	

<u>A beteget ellátó szakorvos</u>	
neve	
ellátás ideje	

<u>Kérelmező (ha nem az érintett)</u>	
neve	
születési helye és ideje	
anyja neve	
személyazonosító igazolvány típusa, száma	
jogcím	törvényes képviselő/meghatalmazott
jogcím igazolása	
telefonszám/e-mail	

<u>Megismerési mód</u>	Betekintésre	Fénymásolat kiadására
teljes egészségügyi dokumentáció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zárójelentés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rtg. felvétel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meghatározott dokumentum		
formátum	fénymásolat (papír alapú)/elektronikus	

<u>Adattovábbítás módja</u>	postai úton / személyes átvétel
-----------------------------	---------------------------------

<u>Megjegyzés</u>

Dátum:

.....
kérelmező