

DOKUMENTUM MÁSOLAT IGÉNYLŐ LAP

Egészségügyi szolgáltató neve:	
Intézmény neve (ahol a vizsgálat készült):	

<u>Az Érintett (ellátásban részesült)</u>	
neve	
születési helye, ideje	
anyja születési neve	
TAJ száma	
Szolgáltatásnyújtás helye (ahol a vizsgálat/ellátás történt)	

<u>Kérelmező (ha nem az Érintett)</u>	
neve	
születési helye és ideje	
anyja neve	
megismerés jogcíme	
jogcím igazolása	

A gyakorolni kívánt jog	Betekintés	Másolat kiadása
teljes egészségügyi dokumentáció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/MR/CT/UH felvétel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/MR/CT lelet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
számla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb:		
Információkérési jog gyakorlása esetén a következő információ kiadását kérem:		
Másolat, információ kiadásának módja:	Postai úton az alábbi címre <input type="checkbox"/>	
	Cím:	
	E-mail-ben az alábbi e-mail címre <input type="checkbox"/>	
	E-mail cím:	
	Személyesen <input type="checkbox"/>	

Dátum, kérelmező aláírása:, 2020.....

Tanú 1

Név:

Lakóhely:

Aláírás:

Tanú 2

Név:

Lakóhely:

Aláírás: