



Nyt. szám:

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott.....
Születési név:
Születési hely és idő:.....
Anyja neve:
TAJ szám:

Kérem, hogy részemre az Intézetük (az intézet megnevezése aláhúzással jelölendő)
(BM KH; MÁV KH, Honvéd KH, HM ÁEK, MH Eü. Központ, ÉPC-HK)
-2007.06.30-ig -2007.06.30-ig -2007.06.30-ig 2007.07.01-2013.01.31. 2013.02.01-től 2023.01.01-től

.....Osztályán és
.....időpontban (ha ismert)

rólam hozzátartozómról

(a megfelelő személy aláhúzendő)

akinek adatai (név):
Születési hely és idő:
TAJ szám:
Anyja neve:
(rokonsági fok megjelölése:.....)

készült egészségügyi dokumentációt (a dok. pontos megnevezése aláhúzással jelölendő, illetve kitöltendő):

- teljes egészségügyi dokumentáció - fénymásolatát
- Zárójelentés / Ambuláns lap - fénymásolatát
- Látleletet
- Boncolási jegyzőkönyvet
- Röntgen leletet / filmet / CD-n
- MR, CT, UH leletet / felvételt CD-n
- születési óra és percemre vonatkozó leírást
- egyéb:

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:.....

Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációt első alkalommal térítésmentesen, az ezt követő esetekben az Intézet mindenkor hatályos Térítési díjszabályzata alapján kiállított számla kifizetése után vehetem át!

Budapest, 202 - n

.....
kérelmező

Lakcím:

Telefonszám:

E-mailcím: