



Nytsz.:

(B010118/24)

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott.....

Születési név: .....

Születési hely és idő:.....

Anyja neve: .....

TAJ szám: .....

Kérem, hogy részemre az Intézményük

(BM KH; MÁV KH, Honvéd Kórház, HM ÁEK, MH EK, ÉPC-HK

-2007.06.30-ig -2007.06.30-ig -2007.06.30-ig 2007.07.01-2013.01.31. 2013.02.01-2022.12.31. 2023.01.-től

Árpád KH Trauma)

2010.01.01-től

.....Osztályán

..... időpontban (ha ismert)

rólam

hozzátartozómról

(a megfelelő aláhúzendó) akinek adatai

Név:.....

Születési hely és idő:.....

TAJ szám: .....

Anyja neve: .....

(rokonsági fok megjelölése:.....)

készült egészségügyi dokumentációt (annak pontos megnevezése aláhúzással egyértelműen jelölendő):

- 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: .....

(a megfelelő rész aláhúzendó, illetve kitöltendő)

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:.....

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

Budapest, 202 . .....

.....  
kérelmező aláírása

Lakcím: .....

Telefonszám: .....