



Dombóvári Szent Lukács Kórház

Cím: 7200 Dombóvár, Kórház u.39-41.

Telefon: 74/564-000 Fax: 74/564-014

E-mail: titkarsag@szlkorhaz.hu

Iktatószám: ALT/.....-...../20.....

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Beteg adatai (ellátásban részesült személy):

Név:.....
Születéskori név:.....
Születési hely és idő:.....
Anyja neve:.....
TAJ szám:.....
Lakcím:.....

Amennyiben nem az ellátásban részesülő személy kéri a dokumentáció másolatát, a Meghatalmazást kérjük csatolni!
Adatkérő (kérelmező)/felhatalmazott/meghatalmazott személy adatai:

Név:.....
Születési hely és idő:.....
Anyja neve:.....
Lakcím/Értesítési cím:.....

Elhunyt beteg dokumentációja esetén kérelmezőre vonatkozó adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó (házastárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő és testvér, élettárs (*megfelelő aláhúzendő*)) örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

Ellátóhely:.....
Ellátás időszaka:.....

kérelmezett dokumentum megnevezése(*megfelelő aláhúzendő*)

- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát
- zárójelentés fénymásolatát
- RTG lelet/ filmeket részletezve
- egyéb

Megjegyzés:.....
.....
.....

ADATKEZELÉS TÁJÉKOZTATÓ: Adatkezelés jogalapja a GDPR 6. cikk (1.) bek. a) pontja, az érintett személy hozzájárulását adta személyes adatainak kezeléséhez. Az Ön által, a jelen kérelemben feltüntetett személyes adatokat - AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (GDPR Rendelet) és az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásai szerint kezeljük. A személyes adatok kezelésének célja: az egészségügyi dokumentáció másolat kiadására szolgáló ezen kérelem nyilvántartása, amelynek megőrzési ideje: 5 év.

Ezúton nyilatkozom, hogy a feltüntetett adatok teljes körűen megfelelnek a valóságnak. A személyes adataim kezeléséről szóló tájékoztatást megkaptam.

Dombóvár, 20.....

kérelmező aláírása

Az egészségügyi dokumentáció kiadását engedélyezem:

Dombóvár, 20.....

engedélyező aláírása

Az egészségügyi dokumentáció másolat kiadásának időpontja:

Dombóvár, 20.....

másolatot átvevő személy aláírása

A dokumentum kódja: DK-BDK- MELL	Verziószám: 04		
Fájlnév: DK_BDK_MELL_.DOC	Érvénybelépés időpontja: 2024.08.01.	Oldalszám:	1 / 1