

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott [ ] , lánykori név: [ ] ,

születési hely és idő: [ ] ,

anyja neve: [ ] , TAJ száma: [ ]

kérem, hogy részemre az **Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet / az Országos Gyógyintézeti Központ / a Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai Pulmonológiai és Fejlődésneurológiai Intézet** (a megfelelő aláhúzó!)

[ ] .osztályán, [ ] időpontban (ha ismert)

rólam / hozzátartozómról (a megfelelő aláhúzó!)

*hozzátartozó esetén:*

rokonsági fok megjelölése: [ ] ,

hozzátartozó neve: [ ] ,

hozzátartozó születési helye és ideje: [ ] ,

TAJ száma: [ ] ,

anyja neve: [ ]

készült egészségügyi dokumentációt (melynek pontos megnevezése aláhúzással és/vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen jelölendő!):

- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát

- zárójelentés fénymásolatát

- Rtg. leletet / filmeket részletezve [ ] ,

- CT leletet / MR leletet / felvételt részletezve [ ] ,

- egyéb [ ]

részemre kiadni szíveskedjenek.

**A kérés rövid indoklása:**

**Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációért az Intézetben a mindenkor hatályos fénymásolási és kezelési költséget kell számla ellenében megfizetnem!**

[ ] , 201[ ] . [ ] [ ] .

\_\_\_\_\_  
kérelmező aláírása

Lakcím: [ ] ,

Telefonszám: [ ]