FNY 079A/2

Kérelem egészségügyi dokumentációba való betekintésre és/vagy másolat készítésére (érintett saját adatairól)

A páciens adatai:

neve – leánykori neve	
születési helye, ideje	
anyja neve	
lakcíme/postacíme	
TAJ száma	
elérhetősége	

Ellátó szervezeti egység:

rendelés megnevezése	
ellátás dátuma	
ellátó orvos neve	

Kérelmező (ha nem az érintett):

neve	
születési helye és ideje	
anyja neve	
személyazonosító igazolvány típusa, száma	
jogcím	törvényes képviselő / gondnok / meghatalmazott*
igazolás címe, azonosítója, dátuma	
telefonszám/e-mail	

Megismerési mód	Betekintésre	Másolat kiadására
teljes egészségügyi dokumentáció (az adott rendelésen)	☐	☐
Rtg./UH lelet - felvétel	☐	☐
meghatározott dokumentum		

Igényelt formátum: papír (fénymásolat) / elektronikus (e-mail, adathordozó) *

Adattovábbítás módja: személyes átvétel / postai úton / e-mailben *

Megjegyzés

Budapest, 20……..

……..
kérelmező aláírása