



1. számú melléklet

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 aláhúzendő!)

[] .osztályán, [] időpontban (ha ismert)
rólam / hozzátartozómról (a megfelelő aláhúzendő!)

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.

[] , 20[] . [] [] .

kérelmező aláírása

Lakcím: []

Telefonszám: []