



**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLÁS
ÉS BETEKINTÉS ENGEDÉLYEZÉSE**

EHB 4-01/38-02

Változat: 2

Oldal: 1/2

Hatálybalépés:

2024-11-01

Belső Azonosító szám:

1. Ellátásban részesült személy személyes adatai a gyógykezelés idején:

Név: Szül. hely, idő:

Anyja neve (leánykori): Anyja neve (férjezett):.....

TAJ azonosítója:

Címe:

2. Adatkérő személyes adatai (amennyiben nem azonos az ellátásban részesült személlyel)

Név: Szül. hely, idő:

Anyja neve:

Címe:

Telefonszám:

Jogosultság megjelölése:

törvényes képviselő

gyám/gondnok

meghatalmazott

cselekvőképtelen beteg esetén az Eütv.
16.§(2) alapján eljáró személy

Elhunyt érintett esetén az egészségügyi dokumentációt az alábbi indok miatt kéri:

az elhunyt törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse az érintett **halála okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halála bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat,**

az elhunyt házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa **egészségét befolyásoló ok feltárása, vagy egészségügyi ellátás miatt** van szükség

Érintett halála esetén az adatkérő nyilatkozata a jogosultságról:

(Kérjük, kézzel leírva ismétlje meg: Polgári és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az érintett / rokonsági fok megjelölése / vagyok.).

.....
.....

3. Kért adatok köre (kérjük pontosan megjelölni az ellátás helyét és idejét, és a kért betegdokumentáció megnevezését! *pl. sebészeti osztály, 2022.01.01., ambuláns lap*)

.....
.....
.....

Az egészségügyi dokumentációhoz az alábbi módon kívánok hozzáférni:

személyes átvétel

Nyíregyházi Jósa András Tagkórházban (Régi SBO-épület, 1. em. Adatvédelmi Iroda)

Nagykállói Sántha Kálmán Tagkórház (Orvosigazgató-helyettesi titkárság)

Mátészalkai Tagkórház (Orvosigazgató-helyettesi titkárság)

Fehérgyarmati Tagkórház (Orvosigazgató-helyettesi titkárság)

postai úton (fent megjelölt címre)



**EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLÁS
ÉS BETEKINTÉS ENGEDÉLYEZÉSE**

EHB 4-01/38-02

Változat: 2

Oldal: 2/2

Hatálybalépés:

2024-11-01

elektronikus úton (e-mail cím:.....)

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

4. Számláztatás (amennyiben szükséges, az Intézmény tölti ki!)

Fénymásolt oldalak száma:

Előállítva: Archívumból / Inf. rendszerből

.....
hitelesítést végző aláírása

5. Másolás/betekintés engedélyezése (az Intézmény tölti ki!)

A fenti egészségügyi dokumentáció másolás és betekintés iránti kérelmet (megfelelő válasz aláhúzendó)

engedélyezem

nem engedélyezem

Az egészségügyi dokumentáció másolás és betekintési iránti kérelem elutasítása esetén annak indoka:

.....
.....
.....

Kelt:

.....
intézeti adatvédelmi felelős