EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KÉRÉSE

**Beteg adatai:**

Név ……………………………………………………..…… Születési név: ………………………………………………………………… Születési hely, idő:………………...…………… Anyja neve: ……………………..………… TAJ szám: ………………….…………

Kérem, hogy részemre a PTE Klinikai Központ ………………………………………………..…….....…………………..Klin/Int

........................................................ – től ………………….....………...………………. ig időben történt kezelésemről

\*□ zárójelentés □ ambuláns lap □ diagnosztikai felvételek (Rtg, CT) □ egyéb:…………………………………....………

 másolatát kiadni szíveskedjenek.

Megjegyzés:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi dokumentáció első másolata térítésmentes, a további másolatokért a Pécsi Tudományegyetem térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásainak szabályzata alapján a mindenkori hatályos költséget kell számla ellenében megfizetni.

………………………, 20…..….. év …………………… hó …………………… nap

**Kérelmező / meghatalmazott adatai:**

Kérelmező / meghatalmazott neve: …………………………………………………………………………………………………….

Kérelmező / meghatalmazott aláírása: ………………….…………………………………………………………………………….

\***A dokumentáció megküldésének választott módja:**

□ személyes átvétel (telefonszám:…………………………………………..)

□ postai út (levelezési cím:…………………………………………..................................................................……………)

□ e-mail útján titkosítva (e-mail cím:……………………...…………….. telefonszám (mobil):………..……………………..)

□ ügyfélkapu tárhelyre (születési név: ……………………………………….. viselt név:……………………..………..……….

születési hely, idő: …………………………..………..….. anyja neve: ……………….…………………..……..…………………)

Tanú 1.: Tanú 2.:

Név: ………………………………………………………………. ……………………………………………………………………..

Lakcím: ………………………………………………………….. ……………………………………………………………………..

Aláírás:…………………………………………………………… ……………………………………………………………………..

Átvettem: ………………………………………………………………………

 dátum, aláírás

\*A megfelelő rész megjelölése szükséges.