



**Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet**  
1023. Budapest Frankel Leó út 25-29.  
Főigazgató főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,  
a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja  
Tel: (+36) 1 438-8300, Fax: (+36) 1 212-26-76  
E-mail: [korhaz@orfi.hu](mailto:korhaz@orfi.hu) , Web: [www.orfi.hu](http://www.orfi.hu)  
Levelezési cím: 1525. Budapest 114.Postafiók 54.



### Egészségügyi dokumentáció kikérő

**1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy)<sup>1</sup>:**

Név:

Születéskori név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím:

**2. Adatkérő (kérelmező)<sup>2</sup> személy adatai:**

Név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakcím/Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

**3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:**

3.1 Házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:  
Hozzá tartozói minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése: A kérés rövid indoka:

3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl. örökös minőséget igazoló okirat jellege, száma):

1. Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személye azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni. 2 Minden olyan esetben kitöltendő, ha a kérelmező nem saját egészségügyi dokumentáció másolatát kérelmezi. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli felhatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES!

**4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:**

4.1 Keletkezés helye, ideje:

Osztály:

Időpont/időszak:

4.2 A kért dokumentáció terjedelme, típusa (a megfelelő rész x-szel jelölendő):

Teljes egészségügyi dokumentáció

Nem teljes egészségügyi dokumentáció:

Ezen belül:

- Zárójelentés fénymásolata
- Lázlap fénymásolata
- Kórlap fénymásolata
- Ambuláns lap fénymásolata
- Ápolási dokumentáció
- Képkötő diagnosztikai lelet vagy
- Képkötő diagnosztikai felvétel- CD/DVD-n

Egyéb dokumentum:

**5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész x-szel jelölendő):**

- Személyes átvétel
- Postai úton történő megküldés

Postacím:

6. Egyéb megjegyzés:

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

Az egészségügyi dokumentáció kikérése első alkalommal ingyenes, a további másolatok kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkor hatályos Térítési Díj Szabályzatában foglaltaknak megfelelően kell megfizetnie. A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézmény a Térítési Díj Szabályzatában foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő megküldése esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Kelt.: .....

Kérelmező aláírása