GÉNDIAGNOSZTIKA

Istenhegyi Géndiagnosztika | 1125 Budapest, Zalatnai u. 2.
telefon (+36 1) 580-8600, (+36 1) 201-2194 | fax (+36 1) 580-8688
info@gendiagnosztika.hu | www.gendiagnosztika.hu

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTUM KIKÉRŐ LAP

Alulírott: _____

Születési idő: _____ Anyja neve: _____

TAJ szám: _____ Sz.ig. száma: _____

Telefonszám: _____ E-mail: _____

kérem, hogy részemre az Intézetük _____ időpontban (ha ismert)

☐ rólam ☐ hozzátartozómról, akinek adatai

Név: _____

Születési hely és idő: _____ Anyja neve: _____

TAJ szám: _____ Rokonsági fok: _____

készült egészségügyi dokumentációt (a megfelelő rész x-szel jelölendő) részemre kiadni szíveskedjenek.

☐ teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát

☐ ambuláns lap fénymásolatát naplószáma (ha ismert): _____

☐ laboratóriumi lelet fénymásolatát naplószáma (ha ismert): _____

☐ UH felvételt DVD-n

☐ egyéb: _____

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

☐ személyes átvétel ☐ postai úton történő megküldés

Postacím: _____

Egyéb megjegyzés: _____

A kérés rövid indoklása: _____

A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi az alábbiakat:

Az egészségügyi dokumentáció másolatainak kiadása másolási díjfizetési kötelezettséget von maga után, amelyet a kérelmezőnek az Intézet mindenkori 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. A fénymásolt egészségügyi dokumentáció az Intézet mindenkor hatályos Térítési díjszabályzata alapján kiállított számla kifizetése után vehető át.

Kelt: _____

_____
kérelmező aláírása