

TÁJÉKOZTATÓ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLATÁNAK KIKÉRÉSÉRŐL

KÉRELEM BENYÚJTÁSA

Minden esetben írásos kérelem szükséges. A kérelem benyújtható az alábbi módokon:

- **email-ben:** orvosigazgato@karolyikorhaz.hu
- **Postai úton:** Károlyi Sándor Kórház Orvosigazgatóság 1041 Budapest, Nyár u. 103.
- **Személyesen:** Kórházunk Orvosigazgatóságán

A tájékoztató végén megtalálható az **Orvosi dokumentációs igénylőlap c. formanyomtatvány**, melyet kérjük kézzel írottan, olvashatóan, nyomtatott betűkkel kitölteni.

PONTOS SZÜLETÉSI DÁTUM MEGKÉRÉSE (ÓRA-PERC)

- Anyja neve a szülés időpontjában (leánykori és férjezett neve)
- Anyja születési ideje
- Anyja TAJ száma
- A gyermek neve
- Gyermek születési ideje
- A kikérő (Ön) elérhetősége: név, telefonszám, e-mail cím

Ügyintézési idő a kérelem beérkezésétől számított legfeljebb **30 nap**

ÉRTESÍTÉS, FIZETÉS

A másolatok elkészültéről a megadott elérhetőségen fogjuk értesíteni. Az orvosi dokumentációs igénylőlap tartalmazza a befizetendő térítési díj összegét is.

A térítési díjat befizetheti **kórházunk Pénztárában** (1047 Bp., Baross u. 69-71. D (404.) épület 1 emelet) – **készpénzzel** – a Pénztár nyitvatartási idejében (**Hétfő: 9⁰⁰-12⁰⁰, Kedd: 13⁰⁰-15⁰⁰, és Csütörtök: 9⁰⁰-12⁰⁰**), vagy **utalással kórházunk bankszámla számára** 10023002-00317296-00000000. Kérjük, a közlemény/megjegyzés rovatban a nevét és irattári kérelmét feltüntetni szíveskedjék!

ÁTVÉTEL

Csak személyesen (GDPR 2016/679/EU adatvédelmi rendeletnek megfelelően- fényképes személyi igazolvány bemutatásával történik), a Városi Kórház Telephelyen 1047 Bp., Baross u. 69-71. D (404.) épület 1 emelet Dokumentációs és Informatikai Osztályon.

Amennyiben a kérelmező akadályoztatva van, akkor meghatalmazást adhat az általa megjelölt személy részére, két tanú aláírásával ellenjegyezve.

Orvosi dokumentációs igénylőlap

Budapesti Károlyi Sándor Kórház

Budapest
Nyár utca 103.
1041

Dr. Szócs Albert
orvosigazgató

Tisztelt Orvosigazgató Úr!

Alulírott _____

lakcímem: _____

szig. számom: _____

azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy engedélyezni szíveskedjék SAJÁT / férjem / feleségem / gyermekem / édesanyám / édesapám / egyéb: _____ (a megfelelő aláhúzendó) _____ **másolatának** kiadását.

Neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

TAJ száma: _____

Melyik osztályon feküdt: _____

Mettől – meddig: _____

Elérhetőségem (tel., e-mail): _____

Egyben kijelentem, hogy a kért dokumentáció kiadásával kapcsolatban felmerülő költségek – orvosi dokumentáció kérése esetén fénymásolás 100,-Ft+ÁFA/oldal, archív (irattárban található) dokumentáció esetén 100,-Ft+ÁFA /oldal – megfizetését vállalom.

Születési dátum pontos megadása esetén bruttó 2 000,-Ft/adat.

Egészségügyi adat, röntgen-felvétel CD,DVD lemezen történő kiadásának költsége: 500,-Ft+ÁFA/lemez

- radiológiai felvételek: 700,-Ft+ÁFA/felvétel
- papír alapú dokumentáció digitalizálása: 200,-Ft + ÁFA/oldal.

A dokumentáció a **Városi Kórház Telephelyen (1047 Budapest, Baross u. 69-71.)** vehető át előre egyeztetett időpontban.

Budapest, 2023. _____

Tisztelettel:

(kérelmező olvasható aláírása)