

## TÁJÉKOZTATÓ

### EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLATI KIKÉRÉSÉRŐL

#### KÉRELEM BENYÚJTÁSA

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

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

A tájékoztató végén megtalálható az **Orvosi dokumentációs igénylőlap c. formanyomtatvány**, amelyet kérünk kitölteni.

#### PONTOS SZÜLETÉSI DÁTUM (ÓRA-PERC) KÉRÉSÉHEZ SZÜKSÉGES KÜLÖN ADATOK:

- ✓ Anyja neve a szülés időpontjában (leánykori és férjezett neve)
- ✓ Anyja születési ideje
- ✓ Az újszülött neve
- ✓ Az újszülött születési ideje
- ✓ A kikérő (Ön) elérhetősége: név, telefonszám, e-mail cím

#### ÉRTESÍTÉS, FIZETÉS, ÁTVÉTEL

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

A másolatok elkészültéről a megadott elérhetőségen fogjuk értesíteni.

Az **átvétel személyesen**, fényképes személyi igazolvány bemutatásával történik a **GDPR 2016/679/EU adatvédelmi rendeletnek megfelelően Intézményünk Orvosigazgatóságán (1041 Budapest, Nyár utca 103.)**

A kérelmező akadályozottsága esetén meghatalmazást adhat az általa megjelölt személy részére, az eredeti példányú meghatalmazáson két tanú nevének, lakcímének és aláírásának a feltüntetésével.

Amennyiben térítési díjat kell fizetnie, a befizetés lehetséges **Kórházunk Pénztárában** (1047 Bp., Baross u. 69-71. D (404.) épület 1 emelet) – **késpénzzel** – a Pénztár nyitvatartási idejében (**hétfőtől csütörtökig 8.00-tól 15.00-ig, pénteken 8.00-tól 12.30-ig**), **vagy** utalással kórházunk bankszámla számára 10023002-00317296-00000000.

Átutalás esetén kérjük, a **Közlemény/megjegyzés** rovatban a **nevét és irattári kérelmét** feltüntetni szíveskedjék!

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ IGÉNYLŐLAP

Alulírott .....

Lakcímem: .....

Szig. számom: .....

kérem saját / férjem / feleségem / gyermekem / édesanyám / édesapám / egyéb: .....

(a megfelelő aláhúzendó, ill. kiegészítendő) .....

egészségügyi dokumentációjának másolati kiadását.

Név: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

TAJ azonosító: .....

Ellátó osztály vagy szak-  
rendelés: .....

Ellátás ideje (megtől – med-  
dig): .....

Kérelmező elérhetőségei,  
tel., email cím: .....

Kelt, .....

.....  
kérelmező aláírása