



MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

MH EK Honvédkórház a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza

Nytsz.: OSZO/

/2014.ED

(B010118/24)

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott.....

Születési név:

Születési hely és idő:.....

Anyja neve:

TAJ szám:

Kérem, hogy részemre az Intézetük

(BM KH; MÁV KH, Honvéd KH, HM ÁEK, MH Eü. Központ, Árpád KH Trauma)

-2007.06.30-ig -2007.06.30-ig -2007.06.30-ig 2007.07.01-2013.01.31. 2013.02.01-től 2010.01.01-től

.....Osztályán

..... időpontban (ha ismert)

rólam

hozzátartozómról

(a megfelelő aláhúzendő)

akinek adatai (név):

Születési hely és idő:.....

TAJ-szám:

Anyja neve:

(rokonsági fok megjelölése:.....)

készült egészségügyi dokumentációt (annak pontos megnevezése aláhúzással egyértelműen jelölendő):

- teljes egészségügyi dokumentáció - fénymásolatát
- Zárójelentés / Ambuláns lap - fénymásolatát
- Látlelet
- Boncolási jegyzőkönyv
- Röntgen lelet / film / CD-n
- MR, CT, UH lelet / felvétel CD-n.....
- születési óra és percemre vonatkozó leírást
- egyéb

(a megfelelő rész aláhúzendő, illetve kitöltendő)

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

.....

Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációért az Intézetben mindenkor hatályos fénymásolási és kezelési költséget kell számla ellenében megfizetnem!

Budapest, 2014.....

.....

kérelmező

Lakcím:

Telefonszám:

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. 1380 Budapest, Pf. 1214

Telefon: +36 1 465 1800; Fax: +36 1 340 3129;

Web: www.honvedkorhaz.hu; E-mail: honvedkh.ugyvitel@hm.gov.hu



ISO 9001:2008; MEES 1.0/2007; ISO 14001:2004