EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT KÉRÉSE

**Beteg adatai:**

Név …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Születési név: ………………………………………………………………… Születési idő:…………………………………………….

Anyja neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

TAJ szám: …………………………………………….. Lakcím: ……………………………………………………………………………..

Kérem, hogy részemre a PTE Klinikai Központ ………………………………………………..………………………..Klin/Int

................................................ – től …………………………...………………. ig időben történt kezelésemről – \*zárójelentés /ambuláns lap / diagnosztikai felvételek (Rtg, CT)/ egyéb:………………………………………………. – másolatát kiadni szíveskedjenek.

Megjegyzés:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi dokumentáció első másolata térítésmentes, a további másolatokért a Pécsi Tudományegyetem térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásainak szabályzata alapján a mindenkori hatályos fénymásolási és kezelési költséget kell számla ellenében megfizetni!

………………………, 2024. ……………………………………………………….

**Kérelmező / meghatalmazott adatai:**

Kérelmező / meghatalmazott neve: …………………………………………………………………………………………………….

Kérelmező / meghatalmazott aláírása: ………………….…………………………………………………………………………….

Lakcím: …………………………………………………………… Telefonszám: ………….……………………………………………….

E-mail cím:……………………………………………………….

Tanú 1.: Tanú 2.:

Név: ………………………………………………………………. ……………………………………………………………………..

Lakcím: ………………………………………………………….. ……………………………………………………………………..

Aláírás:…………………………………………………………… ……………………………………………………………………..

Átvettem: ……………………………………………………………………………

\*A megfelelő rész aláhúzása/kitöltése szükséges.