



EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉR LAP

Alulírott í, leánykori név: í

születési hely és id : í

anyja neve: í, TAJ száma: í

kérem, hogy részemre az Orosházi Kórház íosztályán,id pontban (ha ismert)
rólam/hozzá tartozómról (a megfelel aláhúzendó)

hozzátartozó esetén:

rokonsági fok megjelölése: í

hozzátartozó neve: í

hozzátartozó születési helye és ideje: í

TAJ szám: í

anyja neve: í

készült egészségügyi dokumentációt (melynek pontos megnevezése aláhúzással és/van az üres mez k kitöltésével
egyértelm en jelölend)

- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát
- zárójelentés fénymásolatát
- rgt. leletet/filmeket részletezve í
- CT leletet részletezve í
- egyéb í

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

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

Dátum: í, 2016. í

í í í í í í í í í .

kérelmez aláírása

lakcím: í í í í í í í í í í í

telefonszám: í í í í í í í í í í

Tanú 1

Név: í í í í í í í í í í í

Személyi ig. szám: í í í í í í .

Lakcím: í í í í í í í í í í ..

Aláírás: í í í í í í í í í í ..

Tanú 2

Név: í í í í í í í í í í í

Személyi ig. szám: í í í í í í .

Lakcím: í í í í í í í í í í ..

Aláírás: í í í í í í í í í í ..