



EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁSZOLAT 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.