



## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTUM KIADÁSA IRÁNTI KÉRELEM

Kérem, hogy az alábbiakban részletezett egészségügyi dokumentum(ok) hiteles másolatát részemre kiadni szíveskedjenek.

### A dokumentumot kérelmező adatai:

Név: .....  
Születési neve: .....  
Születési hely: ..... idő: .....  
Anyja születési neve: .....  
Lakcíme: .....  
Telefonszáma: ..... Szig.szám: .....

A kért dokumentum megnevezése: .....  
.....  
.....

**A dokumentumot kérelmezett** – ha nem azonos a kérelmezővel (hozzátartozó, gyám, gondnok, meghatalmazott\*) – **adatai:**

Név: .....  
Születési neve: .....  
Születési hely, idő: .....  
Anyja születési neve: .....  
TAJ száma: .....

**\*A kérelmező személy azonosságának igazolása kötelező a személyi azonosító igazolványának és lakcímkártyájának másolatával, illetve a kérelmező–kérelmezett közötti:**

- közeli hozzátartozói minőség születési vagy házassági anyakönyvi kivonat, valamint személyazonosító igazolvány és lakcímkártya másolat csatolásával,
- gyámsági, gondnoki minőség hatósági/bírósági határozat csatolásával, ill.
- meghatalmazotti minőség igazolása teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt képviseleti meghatalmazással.

Dátum: .....  
.....  
kérelmező aláírása

.....  
1.tanú aláírása

.....  
2.tanú aláírása



## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTUM KIADÁSA IRÁNTI KÉRELEM

Előttünk, mint tanúk előtt:

**1. tanú**

Név:.....

Lakcím:.....

Szig. sz.:.....

Aláírás:.....

**2. tanú**

Név:.....

Lakcím:.....

Szig. sz.:.....

Aláírás:.....

Alulírott beleegyezem, hogy személyes adataimat a kórház kezelje:

.....

kérelmező aláírása

**KÉRJÜK MINDEN OLDALT A KÉRELMEZŐ ÉS A TANÚK IS ÍRJANAK ALÁ!**