

BETEGDOKUMENTÁCIÓ MÁSOLAT IGÉNYLŐ LAP

A beteg neve, akinek a dokumentációjáról másolatot kér:.....

.....

Születési dátum:

Lakcíme:

.....

A kért dokumentum: melyik szakrendelésen és mikor történt a vizsgálat, illetve
kezelés, melynek dokumentációjáról másolatot kér.....

.....

Az igénylő neve:

Rokonsági foka:

Személyi igazolvány száma:

Az igénylő aláírása:

Dátum:

Az igénylést felvevő neve: aláírás:

A hitelesítő neve (szakorvos, szakdolgozó):

A pénztári befizetést igazoló munkatárs neve: aláírás:

A másolatot kiadó neve: aláírás:

A kiállítás dátuma:

Befizetett összeg: