

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP

Alulírott

név:
lánykori név:
születési hely és idő:
anyja neve:
TAJ száma:

kérem, hogy részemre a Clinident Fogászati Centrumban rólam / hozzátartozómról (A megfelelő aláhúzendő!)

hozzátartozó esetén rokonsági fok megjelölése:
hozzátartozó neve:
hozzátartozó születési helye és ideje:
TAJ száma:
anyja neve:

készült egészségügyi dokumentációt (Melynek pontos megnevezése aláhúzással és/vagy az üres mezők kitöltésével egyértelműen jelölendő!):

- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát;
- RTG leletet;
- CT leletet;
- egyéb:

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációért a Clinidentben a mindenkor hatályos fénymásolási és kezelési költséget kell számla ellenében megfizetnem.
Tudomásul veszem, hogy hozzátartozóm egészségügyi dokumentációját a klinika kizárólag a hozzátartó írásos – hitelt érdemlő, két tanú aláírásával ellenjegyzett - meghatalmazásának bemutatásával és átadásával bocsáthatja a rendelkezésemre.

Budapest, ...

kérelmező aláírása

Lakcím:

Telefonszám:

EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ
ÁTADÁS – ÁTVÉTELI JEGYZŐKÖNYVE

Páciens /megbízott neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

TAJ:

Fent nevezett páciens/megbízott kérésére, saját / hozzátartozója fogászati vizsgálati leletét és eredményeit a páciensnek személyesen / a megbízottnak átadtuk. (Megfelelő részek aláhúzendók!)

Megbízotti dokumentáció átvétel esetén jelen Átadás – átvételi jegyzőkönyvhöz a páciens írásos meghatalmazását is csatoljuk.

Budapest, ...

.....
Átadó
Clinident képviselőjeként

.....
Átvevő
Páciens/Megbízott