



Alulírott ....., lánykori neve: .....

születési hely és idő: .....

anyja neve: ..... TAJ szám: .....

kérem, hogy részemre az Orosházi Dr. László Elek Kórház és Rendelőintézet .....  
osztályán, ..... időpontban (ha ismert) rólam/hozzátartozómról (a megfelelő  
aláhúzendó)

*hozzátartozó esetén:*

rokonsági fok megjelölése: .....

hozzátartozó neve: .....

hozzátartozó születési neve 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
- zárójelentés fénymásolatát
- rtg. leletet/filmeket részletezve .....
- CT leletet részletezve .....
- egyéb .....

részemre kiadni szíveskedjenek.

**A kérés rövid indoklása:**

.....  
.....

**Tudomásul veszem, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentáció első másolata ingyenes, az azt  
követő másolatokért azonban az intézetben a mindenkor hatályos fénymásolási és kezelési  
költséget kell számla ellenében megfizetnem!**

Dátum: Orosháza, 20....., .....

.....

kérelmező aláírása

lakcím:

telefonszám: