

Revital-Medical Center Kft.



Revital-Medical Center Kft.
Cím: 2330 Dunaharaszti, Kossuth Lajos utca 91.
Telefon: +36/30-6600388
Email: revitalmedical@gmail.com
weboldal: www.revital-medical-center.hu

Dokumentum elnevezése, típusa:

Egészségügyi dokumentáció kikérő lap
melléklet

Dokumentum száma: **me-09-SZ-07**

Hatályba lép: 2018.05.20. Oldalszám: 1/1

Név:.....

Lánykori név:

Születési hely és idő:.....

Anyja neve:.....

TAJ száma.....

kérem, hogy részemre a Tejfogdoktor Kft. a rólam / hozzátartozómról (a megfelelő aláhúzendó)

hozzátartozó esetén rokonsági fok megjelölése

hozzátartozó neve:

hozzátartozó születési helye és ideje:.....

Anyja neve:.....

TAJ száma.....

készített egészségügyi dokumentációt (melynek pontos megnevezése aláhúzással és /vagy az
üres mezők kitöltéséve egyértelműen jelölendő):

teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolatát

RTG leletet

CT leletet

egyéb:.....

részemre kiadni szíveskedjenek.

A kérés rövid indoklása:

Tudomásul veszem, hogy fénymásolt egészségügyi dokumentációért a Tejfogdoktor Kft. –ben a
mindenkori hatályos fénymásolási és kezelési költséget kell számla ellenében megfizetnem.
Tudomásul veszem, hogy a hozzátartozóm egészségügyi dokumentációját a klinika kizárólag a
hozzátartozó írásos – hitelt érdemlő, két tanú aláírásával ellenjegyzett – meghatalmazásának
bemutatásával és átadásával bocsáthatja a rendelkezésemre.

Kelt: Budapest,

.....
kérelmező aláírás

Lakcím:

Telefonszám: