

**DOKUMENTÁCIÓ KIKÉRŐ LAP A JOGUTÓD NÉLKÜL MEGSZÚNT  
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓIBÓL  
MAGÁNSZEMÉLYEK RÉSZÉRE**

Alulírott , születési név: ,  
születési hely és idő: ,  
anyja neve: , TAJ száma:

kérem, hogy részemre a jogutód nélkül megszünt .  
**egészségügyi szolgáltató**,  település, cím  
 időpont

rólam / hozzátartozómról (a megfelelő aláhúzendó!)

*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!):

- zárójelentés fénymásolata
- törzskarton/ háziorvosi karton,
- teljes egészségügyi dokumentáció fénymásolata
- egyéb:

részemre kiadni szíveskedjenek.

**A kérés rövid indoklása:**

**Tudomásul veszem, hogy a kikért dokumentációk első másolata ingyenes, a további  
másolatokért az Intézet által meghatározott költséget kell számla ellenében megfizetnem.**

, 20.  .

\_\_\_\_\_  
kérelmező aláírása

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail cím: