

MEGHATALMAZÁS EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ ÁTVÉTELÉRE

Amennyiben Ön nem tudja személyesen átvenni egészségügyi dokumentációját (leletét, szövettani eredményét stb.), lehetősége van teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban meghatalmaznia valakit, aki Ön helyett így jogosult lesz az átvételre. (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről 24. § (8))

Kérjük, hogy két példányban állítsa ki a meghatalmazást, ebből egy példányt az egészségügyi dokumentációt kiállító archivál, a másik példánnyal pedig a meghatalmazott átveheti az Ön egészségügyi dokumentációját.

Alulírott (név) _____

lakcím: _____ születési hely, idő: _____

személyi igazolvány szám: _____ TAJ: _____

anyja neve: _____

MEGHATALMAZOM

meghatalmazott (név) _____ személyt

lakcím: _____ születési hely, idő: _____

személyi igazolvány szám: _____ anyja neve: _____

hogyan nevében és helyettem a _____ -től
(kórház, rendelőintézet stb.)

az elkészült egészségügyi dokumentációm (leletemet stb.) átvegye.

- A meghatalmazás egyszeri alkalomra: _____ év _____ hó _____ napjára
- vagy visszavonásig érvényes.

Kelt: _____, _____ év _____ hó _____ nap

Meghatalmazó aláírása

Meghatalmazott aláírása

Tanú 1:

Tanú 2:

Név: _____

Név: _____

Lakcím: _____

Lakcím: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Személyi igazolvány szám: _____

Aláírás: _____

Aláírás: _____