



## Dimenzió Önségélyező Egyesület

Cím: 1125 Budapest, Szarvas  
Gábor út 27.  
Adószám: 1966660-2-43  
Postacím: 1509 Budapest, Pf. 78.  
Telefonszám: 06 1 470 0656  
E-mail: [info@dimenzioegyesulet.hu](mailto:info@dimenzioegyesulet.hu)

Tagazonosító:

## IGÉNYBEJELENTÉS NAGYÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATHOZ

### I. Az igénylő adatai

Neve: \_\_\_\_\_ Leánykori neve: \_\_\_\_\_

Előző neve (névváltozás esetén): \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési helye: \_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Neme:  férfi  nő Állampolgársága:  magyar  egyéb \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme:  \_\_\_\_\_

Levelezési címe:  \_\_\_\_\_

Azonosító okirat típusa, száma: \_\_\_\_\_ TAJ száma:

Telefonszáma\*: \_\_\_\_\_ Email címe: \_\_\_\_\_

Testsúly: \_\_\_\_\_ Magasság: \_\_\_\_\_

\*Ihletőség szerint a nap bármely szakában használatos elérhetőség megadása

### II. Vizsgálatra vonatkozó nyilatkozatok:

- Milyen típusú vizsgálatra van szüksége:

CT

MRI

Pet-CT

- Kérjük az alábbi táblázatban jelölje x-szel az(oka)t az időpon(ka)t, amikor semmiképpen **NEM tud részt venni a vizsgálaton (A megjelölt időpontokra nem szervezünk vizsgálatot, de a ki nem zárt időpontok bármelyikén lehet a vizsgálat ideje, amelyről legalább 24 órával korábban értesítjük.)**

	hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek	szombat	vasárnap
délelőtt							
délután							
este							

### III. Beutaló orvosa adatai (arra az esetre, ha konzultációra van szükség)

Beutaló orvos neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_

### IV. Az igénybejelentéshez csatolandó melléklet(ek):

- Iletei (az eredetivel mindenben megegyező) MÁSOLATA

➤ szakorvosi beutaló (az eredetivel mindenben megegyező) MÁSOLATA

Az Egyesület tagja a tagsági viszony létesítésével, illetve fenntartásával minden külön nyilatkozat nélkül hozzájárul ahhoz, hogy az Egyesület mindazon személyes adatát nyilvántartsa és kezelje, amely az egyesületi tagsággal és szolgáltatások igénybevételével kapcsolatosan szükséges - ideértve a szolgáltatások igénybevételéhez kapcsolódó adatközlést, az adatok megismerésére jogosult hatóságok, egyéb szervezetek részére.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igénylő (önsegélyező) tag

A személyes aláírást igazoló tanúk (Amennyiben az igénybejelentő aláírása nem az ügyintéző előtt történik, kötelező kitölteni):

Tanúk:

.....	.....
név	név
.....	.....
aláírás	aláírás
.....	.....
lakcím	lakcím
.....	.....
SZIG. szám	SZIG. szám