

Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!

Alulírott:	
TAJ szám:	
Születési hely:	
Születési időpont:	
Lakcím:	

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11.§ (3) bekezdése alapján – **korábban tett nyilatkozatommal ellentétben – kifejezetten kérem, hogy a kezelésemet végző orvosok** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátások adatairól **tudomást szerezhessenek.**

Kérem ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, hogy **a kezelésemet végző orvosok** a rám vonatkozó, a NEAK által finanszírozott egészségügyi ellátások **adataihoz hozzáférhessenek.**

Kelt: év hó nap

Tisztelettel:

.....

aláírás