

Országos Egészségbiztosítási Pénztár

.....(területileg illetékes szerv címe).....

Tisztelt **Országos Egészségbiztosítási Pénztár!**

Alulírott(név)..... (TAJ szám:, születési hely és idő:, anyja neve:) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11. § (3) bekezdése alapján kifejezetten **tiltakozom**, hogy háziorvosom(háziorvos neve, kódja, rendelő neve, címe), valamint a kezelésemet végző orvosok az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi ellátások adatairól tudomást szerezzenek. Egyúttal **tiltakozom**, hogy az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 10. § (2)-(5) bekezdése alapján a gyógyszert kiszolgáló gyógyszerész az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett gyógyszerekre vonatkozó adatokat megismerhesse.

Kérem ezért, hogy jelen **nyilatkozatom** az OEP elektronikus lekérdező rendszerében **kerüljön rögzítésre** annak érdekében, hogy háziorvosom, valamint a kezelésemet végző orvosok a rám vonatkozó, OEP által finanszírozott egészségügyi ellátások adataihoz ne férjenek hozzá, illetve a gyógyszert kiszolgáló gyógyszerész az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére kiváltott gyógyszerekre vonatkozó adatokat megismerhesse.

Kérem, hogy jelen nyilatkozataim az OEP elektronikus lekérdező rendszerében rögzítésre kerüléséről **postai úton** (levelezési cím:) vagy **elektronikus levél útján** (e-mail cím:) **értesítsenek**.

.....(hely)....., 2014.

Tisztelettel:

.....(aláírás).....
(név)