

**DIMENZIÓ Egészségpénztár**1395 Budapest, Pf.: 433. ■ E-mail: [epinfo@dimenziocsoport.hu](mailto:epinfo@dimenziocsoport.hu) ■ Fax: (1) 472 3240

Zöldsám: 06 80 201 418

a DIMENZIÓ Csoport tagja

**IGÉNYLŐLAP  
EGYÉNI EGÉSZSÉGTERV IGÉNYBEVÉTELEHEZ**

NÉV:.....

TAGAZONOSÍTÓ:  ADÓAZONOSÍTÓ JEL: LEVELEZÉSI CÍM:  .....

E-MAIL CÍM:.....

**EGYÉNI EGÉSZSÉGTERV IGÉNYLÉS****PÉNZTÁRTAG****NEM PÉNZTÁRTAG/HOZZÁTARTOZÓ**

- Már meglévő szűrési eredmény (gyomor és bélrendszeri, szív és érrendszeri, komplex vagy onkológiai szűrés) alapján készülő EET-t igénylek
- EET egyszerűsített szűréssel
- Gastro vagy Stroke szűréssel egybekötött EET

- Már meglévő szűrési eredmény (gyomor- és bélrendszeri, szív-és érrendszeri, komplex vagy onkológiai szűrés) alapján készülő EET-t igénylek
- EET egyszerűsített szűréssel
- Gastro vagy Stroke szűréssel egybekötött EET

Kijelentem, hogy a személyes egészségterv készítését a 20.....-én, a .....  
Egészségügyi szolgáltató által elvégzett egészségügyi állapotfelmérő vizsgálatok eredményei alapján kérem. A vizsgálat elvégzése óta esetlegesen bekövetkezett egészségügyi változásokból eredő kockázatot megértettem, azzal kapcsolatos felelősséget viselem, a felelősség alól az egészségtervet készítő személyt felmentem.

**Kelt:** .....

.....

**Aláírás**

Megjegyzés:

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy az Egyéni Egészségterv elkészítéséhez szükséges mértékig, a fenti körbe tartozó adataimat a DIMENZIÓ Egészségpénztár szervezetén belül kezelje, továbbá – az adatok megismerésére jogosult és titoktartási kötelezettséggel tartozó – harmadik személy részére feldolgozás céljából átadja, azzal a korlátozással, hogy az érintett adatok csak a személyre szabott egészségterv elkészítése érdekében kezelhetők.