### Anexa 4

 MODELUL

formularului de solicitare a datelor medicale cu caracter personal

( în situația în care pacientul s-a aflat în stare de imposibilitate de a-și exprima acordul privind desemnarea unei persoane care să aibă acces la datele medicale personale)

CĂTRE: SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA

 Subsemnatul, ......................................................................................................cod numeric personal...................................................., declar pe propria răspundere că sunt:

 (Bifați una dintre următoarel opțiuni)

1. soț/soție supraviețuitor/ supraviețuitoare
2. descendent (fiu/ fiică) ...........................................................................................................

(se va menționa categoria de urmaș, de exemplu: fiu/fiică/nepot/nepoată)

1. ascendent/ tutore ( mama/ tata) ..............................................................................................

 (se va menționa calitatea ascendentului, de exemplu mamă/tată/bunic)

1. rudă în linie colaterală (privilegiat) – ....................................................................................

[Se va menționa și se va ține cont de următoarea ordine:

 1. frate/soră (gr. II)/2. nepot de frate sau soră (gr. III)/

 3. copil al nepotului de frate sau soră (gr. IV].

1. rudă în linie colaterală (ordinar) - .........................................................................................

 [Se va menționa și se va ține cont de următoarea ordine:

 unchi (gr. III)/2. văr primar (gr. IV)]

al/a pacientului/pacientei ..................................................................... decedat/ă în data de ............................. internat/ă în cadrul unității sanitare în perioada, ..........................................

vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea de sănătate a pecientului/pacientei ........................................................:

* datele consemnate în foaia de observație a pacientului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* informații privind strarea pacientului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* rezultatele investigațiilor efectuate în spital/perioada internării \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* diagnosticul/prognsticul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* tratamentul administrat pacientului în spital/perioada internării \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Față de cele de mai sus, declar pe propria răspundere cănu există o cerere similară acesteia întocmită de către un aparținător, consemnată într-o poziție ierarhică superioară celei notate de subsemnatul/ subsemnata la poziția ...........................

 De asemenea, declar că nu există o cerere contrată prezentei exprimată de către aparținătorii consemnați la punctele I-VII precum și faptul că nu există un lititgiu în acest sens .

 În caz contrat celor declarate, îmi asum consecințele legale privind falsul în declarații.

DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Anexa 3

Acordul pacientului privind comunicarea

datelor medicale personale

 Subsemnatul, …………………………………………….../(numele şi prenumele pacientului), cod numeric personal ......................................................., îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea mea de sănătate şi datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

 Subsemnatul, ……………………………………………...../(numele şi prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal ................................................, în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ......................................................................................., îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea acestuia de sănătate şi datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

──────────

 \*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.

──────────

|  |  |
| --- | --- |
| Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal  | Calitatea persoanei(grad de rudenie/altă relație) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat | Data |

|  |
| --- |
| Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate Domnului/Doamnei ........................................................................................................................................................Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă DATA Retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat................................................................................................. ................................... |