

## Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către,  
SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA

Subsemnatul, ...../(numele și prenumele pacientului), cod numeric personal ....., vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul, ...../(numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal ....., în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) ...../(numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

\*) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

Subsemnatul, ...../(numele și prenumele împuternicitului), cod numeric personal ....., în calitate de împuternicit al pacientului\*) ...../(numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

\*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Menționez faptul că solicit comunicarea documentelor :

- Prin ridicare personală ( nr. de telefon .....) )
- Prin poștă la adresa ..... ( cu suportarea taxelor poștale de către solicitant)
- Prin e-mail, la adresa .....
- Prin fax, la nr. ....

DOCUMENTE MEDICALE SOLICITATE ÎN COPIE:
1.
2.
3.

DATA

SEMNĂTURA

(persoanei care a solicitat documentele medicale)

Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul, ....., cod numeric personal ....., declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate Spitalului Dr. Karl Diel Jimbolia, copii ale următoarelor documente:

DOCUMENTE MEDICALE SOLICITATE ÎN COPIE:
1.
2.
3.

DATA

SEMNĂTURA  
(persoanei care a solicitat documentele medicale)

Acordul pacientului privind comunicarea  
datelor medicale personale

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

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

\*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

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 Retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat	DATA
.....	.....

