**SPITAL DR. KARL DIEL JIMBOLIA**

**Str. ConteleCsekonics, nr.4, Loc. Jimbolia, jud.Timiș, cod poștal 305400**

**Tel 0256360655, fax 0256360682, email:office@spitaluljimbolia.ro , Web: spitaljimbolia.ro**

**OPERATOR DE DATE CU CARACTER PERSONALE ÎNREGISTRAT LA ANSPDCP CU NR. 36242**

**Anexa 1**

Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

 Către,

SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA

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

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

──────────

 \*) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ şi a majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.

──────────

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