ANEXA 1

|  |
| --- |
| **SOLICITARE PRIVIND COMUNICAREA DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE** |
|  |
|     Către ............................................................................. |
|                             (denumirea instituţiei medicale) |
|  Subsemnatul, ....................................................... , cod numeric personal ............................... (numele şi prenumele pacientului)  |
| vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate şi la actele medicale efectuate:                  |
|  |
|     Subsemnatul, ........................................................, cod numeric personal .............................,  |
|                          (numele şi prenumele reprezentantului legal)în calitate de reprezentant legal al pacientului \*) ......................................................, vă solicit prin  |
|  |
|                                                       (numele şi prenumele reprezentantului legal) |
| 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, ........................................................, cod numeric personal ................., în calitate de împuternicit |
|                          (numele şi prenumele împuternicitului) |
| al pacientului \*) ...................................................., vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele  |
|                           (numele şi prenumele pacientului) |
| documente medicale referitoare la starea sa de sănătate şi la actele medicale efectuate: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|     \*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale. |
|  |
|     Documente medicale solicitate în copie: |
|     1. |
|     2. |
|  |
| X ....................................                                         Data ................./................./........................ |
| (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale) |