ANEXA 3 ORDINUL NR. 1410/2016

SOLICITARE PRIVIND COMUNICAREA DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE

Către/(denumirea instituţiei medicale).....

Subsemnatul, ..., 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, ... cod numeric personal ....., în calitate de reprezentant legal al pacientului ....., vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate şi la actele medicale efectuate.

Notă

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

Subsemnatul, ..., cod numeric personal ....., în calitate de împuternicit al pacientului ....., vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate şi la actele medicale efectuate:

Notă

*) Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:
1.
2.
...
X ..... Data ..../..../..... (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

ANEXA 4 ORDINUL NR. 1410/2016

DECLARAŢIE PRIVIND COMUNICAREA DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE

Subsemnatul, ..., cod numeric personal ....., declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituţiei medicale .....copii ale următoarelor documente:

Documente medicale solicitate în copie:
1.
2.
...
X ..... Data ..../..../..... (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

ANEXA 5 ORDINUL NR. 1410/2016

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.

Notă

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

Numele şi prenumele persoanei/ persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relaţie)
1.	
2.	
...	

X ..... Data ..../..../.....
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)

Am retras accesul la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei ..... .
X ..... Data .../.../.....
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)