**Către,**

**Spitalul Orăşenesc Negreşti Oaş**

 Subsemnatul, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate şi la actele medicale efectuate.

 Subsemnatul, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.

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

 Subsemnatul, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.

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

Anexam in copie: - carte de identitate , certificate de nastere pacient,

* carte de identitate reprezentant legal, imputernicit al pacientului.

|  |
| --- |
| **Documente medicale solicitate in copie:** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| Data :\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Nr telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_