

MODELUL
formularului de solicitare a datelor medicale cu caracter personal
(in situatia in care pacientul s-a aflat in stare de imposibilitate
de a-si exprima acordul privind desemnarea unei persoane care sa aiba
acces la datele medicale personale)

Catre, **Spitalul Clinic CF Oradea**

Subsemnatul,,
cod numeric personal....., in calitate de

I.	sot/sotie supravietuitor/supravietuitoare	-	DA/NU;
II.	descendent fiu/fiica	-	DA/NU;
III.	ascendent/tutore (mama/tata)	-	DA/NU;
IV.	ruda in linie colaterala - grad I	-	DA/NU;
V.	- grad II	-	DA/NU;
VI.	- grad III	-	DA/NU;
VII.	- grad IV	-	DA/NU,

al/a pacientului, decedat in data de, internat in cadrul unitatii sanitare in perioada, va solicit prin prezenta sa imi furnizati, in copie, urmatoarele documente medicale referitoare la starea de sanatate a pacientului

.....
.....
.....

Fata de cele de mai sus, declar pe propria raspundere ca nu exista o cerere similara acesteia intocmita de catre un apartinator, consemnata intr-o pozitie ierarhica superioara celei notate de subsemnatul/subsemnata la pozitia

De asemenea, declar ca nu exista o cerere contrara prezentei exprimata de catre apartinatorii consemnati la punctele I-VII, precum si faptul ca nu exista un litigiu in acest sens.

In caz contrar celor declarate, imi asum consecintele legale privind falsul in declaratii.

Data
.....

Semnatura
.....