

SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIEȘTI Biroul de Management al Calității Serviciilor Medicale	PRIVIND ACCESUL SOLICITANTULUI LA FOCG/FSZ ȘI/SAU ALTE DOCUMENTE MEDICALE ALE PACIENTULUI MINOR. ELIBERAREA COPIEI DUPĂ FOCG/FSZ ȘI/SAU ALTE DOCUMENTE MEDICALE. Cod : 1.6 PO 05/F1	Ediția I	Nr. de ex:
		Revizia 0	Nr. de ex:
		Page 1 / 1	
		Exemplar nr.	

Anexa nr. 1

Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către **SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIEȘTI**

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

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

** În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a
capacității de exercițiu.*

Subsemnatul, (numele și prenumele împuternicitului),
cod numeric personal, în calitate de împuternicit al pacientului*¹
..... (numele și prenumele pacientului), vă solicit prin
prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de
sănătate și la actele medicale efectuate:

^{*1} Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:	
1.	
2.	
3.	
Semnătura.....	Data/...../.....