**Anexa 3 Model cerere eliberare duplicate**

**Cerere eliberare duplicat documente medicale**

1. **DATE DESPRE SOLICITANT SI PACIENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nume, prenume solicitant: |  |
| Adresa completă: |  |
| Calitatea: | □ părinte □ pacient □împuternicit  □ tutore/reprezentant legal/rudă sau afin până la gradul 4 |
| Act de identitate/pasaport | Seria \_\_ Numarul \_\_\_\_\_\_  Eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefon: |  |
| Mail: |  |
| Nume, prenume pacient pentru care se solicită documentele medicale |  |
| CNP pacient |  |
| Secția în care a fost internat sau investigat  (de unde solicita documentele medicale): |  |
| Perioada din care se solicita documentele: |  |
| Documente solicitate în copie |  |

**2. SCOPUL PENTRU CARE SOLICIT COPIILE DOCUMENTELOR MEDICALE**

□ A doua opinie medicala

□ La solicitarea altor institutii, pentru beneficiul pacientului. Mentionati institutia/institutiile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Pierderea/distrugerea documentelor medicale

**3. MODALITATEA DE ELIBERARE A DOCUMENTELOR SOLICITATE**

□ Ridicare personala de la secretariatul spitalului. Orar secretariat eliberare documente: Luni – Joi 12:00 – 14:00.

**4. DOCUMENTE OBLIGATORIU DE ATASAT SOLICITARII**

a) actul de identitate al titularului, în original ;

b) procura specială şi actul de identitate al reprezentantului legal;

SEMNATURA SOLICITANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ELIBERAREA DOCUMETELOR SOLICITATE □ Au fost predate solicitantului

|  |
| --- |
| Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declar ca mi-au fost predate copiile documentelor solicitate. Data: \_\_\_\_\_\_\_\_ Semnatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

PO.SJUB-JUR-04-03 Rev.0