

Anexa 3 Model cerere eliberare duplicate

Cerere eliberare duplicat documente medicale

1. DATE DESPRE SOLICITANT SI PACIENT

Nume, prenume solicitant:	
Adresa completă:	
Calitatea:	<input type="checkbox"/> părinte <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> împuternicit <input type="checkbox"/> tutore/reprezentant legal/rudă sau afîn 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 și actul de identitate al reprezentantului legal;

SEMNATURA SOLICITANT _____

ELIBERAREA DOCUMENTELOR SOLICITATE Au fost predate solicitantului

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