

Nr. _____ / _____

APROBAT

Medic sef de sectie

Formular de solicitare privind comunicarea documentelor medicale

Către,

Conducerea Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca

Subsemnatul, _____, cod numeric personal _____,
in calitate de:

- pacient;
- reprezentant legal al pacientului;
- persoana nominalizata in Acordul informat al pacientului:

_____ *Numele si prenumele pacientului

Vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale:

<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Holter TA	<input type="checkbox"/> Consumul de medicamente
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Bilet de iesire din spital <input type="checkbox"/> Scrisoare medicala <input type="checkbox"/> Adeverinta medicala	<input type="checkbox"/> Fisa de monitorizare a transfuziei
<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> Epicrize de transfer intre sectiile spitalului	<input type="checkbox"/> Fisa UPU
<input type="checkbox"/> Ecografie	<input type="checkbox"/> Fisa pacientului transfuzat	<input type="checkbox"/> Fisa de anestezie
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Protocol de necropsie	<input type="checkbox"/> Concediu medical primit la externare
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Reteta gratuita eliberata	<input type="checkbox"/> Buletin de evaluare psihologica
<input type="checkbox"/> EMG	<input type="checkbox"/> Rezultat anatomo patologic	<input type="checkbox"/> Rezultat endoscopie
<input type="checkbox"/> Holter EKG	<input type="checkbox"/> Rezultatele consulturilor interclinice	<input type="checkbox"/> Rezultate de analize efectuate la alte laboratoare, in afara spitalului

Sectia in care pacientul a fost internat sau investigat ^{*de unde solicita documentele medicale.}

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pediatrie 1 | <input type="checkbox"/> Pediatrie 2 | <input type="checkbox"/> Pediatrie 3 | <input type="checkbox"/> Pediatrie 4 | <input type="checkbox"/> Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> ATI | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Genetica | <input type="checkbox"/> Nefrologie | <input type="checkbox"/> Psihiatrie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Prematuri | <input type="checkbox"/> UPU | <input type="checkbox"/> CSM |

Perioada din care se solicita documentele: _____

Documentele se transmit:

- prin poștă la adresa de domiciliu prevăzută în actul de identitate atașat sau la adresa: _____.
- prin posta electronica, la adresa de e mail _____

La prezenta cerere se anexează următoarele documente ale solicitantului:

- Copie act identitate
- Copie certificat de naștere
- Dovadă reprezentant legal (exemplu: acte de stare civilă, copia hotărârii de divorț din care rezultă exercitarea autorității părintești față de minor, hotărârea instanței de tutelă de numire a tutorelui sau curatorului, persoana desemnată în acordul informat, împuternicire notarială, după caz.)

Atenție ! Cererea nu se înregistrează fără anexarea documentelor prevăzute mai sus.

Data: _____

Semnătura solicitantului: _____