

Nr. _____ / _____

APROBAT

Medic radiolog _____

Formular de solicitare privind eliberarea investigatiilor imagistice

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 eliberati urmatoarele investigatii imagistice:

<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> RMN
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Efectuate in data de _____, pe suport electronic CD/DVD _____ sau prin e-mail
la adresa _____.

1. Motivul solicitarii: _____

La prezenta solicitare se anexează următoarele documente:

- Copie act identitate solicitant
- Copie certificat de naștere pacient
- 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 solicitarii: _____ **Semnătura solicitantului:** _____

Data eliberării: _____

