

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Formular de solicitare privind eliberarea investigațiilor imagistice

Către

**Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca**

Subsemnatul, \_\_\_\_\_, cod numeric personal \_\_\_\_\_,  
în calitate de:

- pacient;
- reprezentant legal al pacientului;
- persoana nominalizată în Acordul informat al pacientului:

\_\_\_\_\_ \*Numele și prenumele pacientului

Vă solicit prin prezenta să îmi eliberați următoarele investigații imagistice:

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

Efectuate în data de \_\_\_\_\_, pe suport electronic CD/DVD \_\_\_\_\_ sau prin e-mail  
la adresa \_\_\_\_\_.

### 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 solicitării:** \_\_\_\_\_ **Semnătura solicitantului:** \_\_\_\_\_

**Data eliberării:** \_\_\_\_\_