



WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

SOLICITARE PRIVIND COMUNICAREA DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE

Către _____ (denumirea instituției medicale)

Subsemnatul _____ (nume și prenume pacient),
cod numeric personal _____, vă solicit prin prezenta să-mi furnizați, în copie,
următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul _____ (nume și prenume reprezentant legal),
cod numeric personal _____, în calitate de reprezentat legal al pacientului*
_____ (nume și prenume pacient) vă solicit prin prezenta să-mi furnizați, în
copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

(*în cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)

(*se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale)

Documente medicale solicitate, în copie:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
X _____	Data: ____/____/____
Semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale	