**Anexa nr. 8**

***Formular de solicitare a datelor medicale cu caracter personal***

*(în situația în care pacientul s-a aflat în stare de imposibilitate de a-și exprima acordul privind desemnarea unei persoane care să aibă acces la datele medicale personale)*

 *Subsemnatul/a .....................................................................................................................................*

*cod numeric personal ..............................................., în calitate de ......................................................*

*al/a pacientului ....................................................................................................................., decedat în Spitalul Municipal de Urgență Roman în data de ......................................, internat în cadrul unităţii sanitare în perioada ............................................................, vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea de sănătate a pacientului ............................................................................................................:*

 *..............................................................................................................................................................*

 *..............................................................................................................................................................*

 *..............................................................................................................................................................*

 *..............................................................................................................................................................*

 *În conformitate cu art.24, alin.3 din Legea 46/2003 - Legea drepturilor pacientului, ,,în situația în care pacientul s-a aflat în imposibilitatea de a-și exprima consimțământul cu privire la informațiile prevăzute de art. 21(toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale) vor fi furnizate, la cerere, pe baza certificatului de calitate de moștenitor” document pe care îl anexez.*

 *În caz contrar celor declarate, îmi asum consecinţele legale privind falsul în declaraţii.*

 *Data Semnătura*

 *............................ ...................................*