

**Anexă**

*(Anexa nr. 6 la norme)*

**MODELUL**

**formularului 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)**

Către .....

(denumirea instituției medicale)

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

- |  |          |
|--|----------|
| I. soț/soție supraviețuitor/supraviețuitoare | - DA/NU; |
| II. descendant fiu/fică                      | - DA/NU; |
| III. ascendent/tutore (mama/tata)            | - DA/NU; |
| IV. rudă în linie colaterală - grad I        | - DA/NU; |
| V. - grad II                                 | - DA/NU; |
| VI. - grad III                               | - DA/NU; |
| VII. - grad IV                               | - DA/NU, |

al/a pacientului ....., decedat în data de ....., internat în cadrul unității sanitare în perioada .....,  
vă solicit prin prezența să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea de  
 sănătate a pacientului .....

.....  
.....  
.....

Față de cele de mai sus, declar pe propria răspundere că nu există o cerere similară acesteia întocmită de către un  
aparținător, consemnată într-o poziție ierarhică superioară celei notate de subsemnatul/subsemnata la poziție .....

De asemenea, declar că nu există o cerere contrară prezentei exprimată de către aparținătorii consemnați la punctele I - VII, precum și faptul că nu există un litigiu în acest sens.

În caz contrar celor declarate, îmi asum consecințele legale privind falsul în declarații.

Data

.....

Semnătura

.....