



MINISTERUL SANĂȚĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ OLT
Str. Alea Tineretului ,nr.1,A ,Slatina ,OLT
tel: 0249.433302; fax: 0249. 433302 ; ambulantaolt@yahoo.com,
Operator date cu caracter personal Regulament 679/2016



=====

ACCESUL PACIENTULUI LA DATELE MEDICALE RESPECTAT CONFORM DREPTURILOR SALE

In conformitate cu prevederile art.24 din Legea nr. 46/2003 drepturilor pacientului si ale Ordinul 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, pacientul are acces la datele medicale personale, unitatea sanitara avand obligatia de a asigura accesul neingradit al pacientilor la aceste date.

Informatia privind datele medicale, se elibereaza la cererea pacientului/reprezentantului legal .

La solicitarea scrisa, pacientul poate primi o copie dupa fisa de caz, cu acordul managerului general.

Eliberarea unei copii dupa fisa de solicitare si/sau dupa alte documente medicale, precum si comunicarea oricaror alte informatii privind date medicale, se face la solicitarea scrisa a pacientului/ reprezentantului legal, solicitare adresata managerului general si inregistrata in registrul de intrari iesiri al unitatii.

Solicitarea se va face cu precizarea obligatorie a urmatoarelor date:

- date de identificare a pacientului si reprezentantului legal, dupa caz,
- detalii suficiente si concludente pentru identificarea informatiei solicitate (perioada interventiei la caz , locul solicitarii ,unde a fost transportat pacientul, etc.);
- modalitatea de primire a documentelor medicale/ informatiilor solicitate;(personal ,email);
- Pacientul are dreptul de a desemna, printr-un acord consemnat în anexa la fisa medicala , o persoană care să aibă acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație
- Copia fisei de solicitare si/sau a altor documente medicale, precum si orice alte informatii privind datele medicale, se vor elibera, respectiv comunica numai pacientului/reprezentantului legal (care au obligatia de a dovedi cu documente aceasta calitate si de a mentiona numele persoanei).

Formulare / Ordinul 1410/2016

- Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează instituției medicale în scris, prin completarea formularului "**Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale**", prevăzut în **anexa nr. 3** la prezentele norme.
- Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către unitățile sanitare în termen de maximum **48 de ore de la înregistrarea solicitării**.
- Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacient a formularului "**Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale**", prevăzut în **anexa nr. 4** la prezentele norme.
- Acordul pacientului privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului "**Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale**", prevăzut în **anexa nr. 5** la prezentele norme.



MINISTERUL SANĂȚĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ OLT
Str. Aleea Tineretului ,nr.1,A ,Slatina ,OLT
tel: 0249.433302; fax: 0249. 433302 ; ambulantaolt@yahoo.com,
Operator date cu caracter personal Regulament 679/2016



ANEXA nr. 3: Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către (denumirea instituției medicale)

Subsemnatul, (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal, vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul, (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal, în calitate de reprezentant legal al pacientului* (numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi 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.

Subsemnatul, (numele și prenumele împuternicitului), cod numeric personal, în calitate de împuternicit al pacientului* (numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

* Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:	
1.	
2.	
...	
X.....	Data/...../.....
(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)	



MINISTERUL SANĂȚĂȚII
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ OLT
Str. Alea Tineretului ,nr.1,A ,Slatina ,OLT
tel: 0249.433302; fax: 0249. 433302 ; ambulantaolt@yahoo.com,
Operator date cu caracter personal Regulament 679/2016

=====



ANEXA nr. 4: Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul,, cod numeric personal, declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituției medicale (denumirea instituției medicale) copii ale următoarelor documente:

Documente medicale înmânate în copie	
1.	
2.	
...	
X.....	Data/...../.....
(semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale)	



ANEXA nr. 5: Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul, (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul, (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal, în calitate de reprezentant legal al pacientului*, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
...	
X.....	Data/...../.....
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)	
Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei	
X.....	Data/...../.....
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)	

* Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.