

CERERE DE ANONIMIZARE A DATELOR DIN DOSARUL ELECTRONIC DE SĂNĂTATE AL PACIENTULUI

SOLICITANT

Nume	<input type="text"/>	Prenume	<input type="text"/>	CNP	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Doresc recipisa de confirmare pe eMail	<input type="text"/>

DOSARUL DE SĂNĂTATE PENTRU CARE SE SOLICITĂ ANONIMIZAREA

<input checked="" type="checkbox"/> Dosarul electronic de sănătate propriu	<input type="checkbox"/> Dosarul de sănătate al altei persoane, în calitate de reprezentant legal
--	---

CONFIRMARE ACORD

Operația de anonimizare se efectuează în conformitate cu Art. 346¹² din Legea Nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare.

Am înțeles că prin această operație datele personale și medicale referitoare la persoana pentru care se solicită operația de anonimizare vor fi șterse definitiv, fiind păstrate doar informații statistice generale. Informațiile statistice nu conțin informații pe baza cărora să fie identificate persoanele incluse în acele statistici.

Am înțeles faptul că lipsa unui istoric medical certificat îmi poate provoca neajunsuri în situația în care acele informații ar fi fost utile în cazul necesității administrării unui tratament.

SEMNĂTURĂ SOLICITANT

SECȚIUNE OPERATOR CASĂ SĂNĂTATE (vă rugăm nu completați)

Număr de înregistrare CAS/CNAS	Data înregistrării cererii	Nume și prenume operator	Casa de sănătate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ACCEPTATĂ
 RESPINSĂ

Motiv respingere