

**CERERE DE REVENIRE DIN 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	<input type="text" value="pe eMail"/>

DE SĂNĂTATE PENTRU CARE SE SOLICITĂ REVENIREA DIN ANONIMIZARE

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

CONFIRMARE ACORD

Operația de revenire din 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 revenirea din anonimizare vor fi salvate și consolidate în dosarul de sănătate al acesteia începând cu data revenirii din anonimizare.

Datele personale și medicale din dosarele electronice de sănătate care au fost anonimizate au fost șterse definitiv, fiind păstrate doar informații statistice generale. Acestea nu pot fi recuperate și adăugate la dosarul de sănătate pentru care se solicită revenirea din anonimizare.

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