



**CONSILIUL JUDEȚEAN BRAȘOV**  
**Spitalul Clinic de Psihiatrie și Neurologie Brașov**  
**Str. Prundului nr.7-9, 500123 Brașov**  
**Tel.0268.511.481 Fax.0268.410.205**  
**e-mail: relatiicupublicul@spnbrasov.ro**



**ANEXĂ (Anexa nr. 6 la norme<sup>1</sup>)**

**Solicitare privind comunicarea 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 ,

**SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE ȘI NEUROLOGIE BRAȘOV**

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

I. soț/soție supraviețuitor/supraviețuitoare - DA/NU;

II. descendent fiu/fiică - 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 prezenta 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 poziția .....

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
.....	.....

<sup>1</sup> Ordinul nr. 1372/2023 pentru completarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003