

FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

DADES DEL TITULAR DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

Nom:

Cognoms:

Data naixement:

DNI:

Telèfon:

Correu electrònic:

DOCUMENTACIÓ SOL·LICITADA

Informes d'assistència *especialitat i data:*

Informe a realitzar especialista *especialitat / metge:*

Informes de proves complementàries *tipus de prova i data:*

Còpies radiològiques : RX

RNM

TAC

Ecografia

Mamografia

Altres:

Curs clínic: *especialitat:*

L'accés al curs clínic es realitzarà prèvia conformitat del metge responsable, ja que el dret del pacient a accedir a la seva història clínica mai no podrà ser en perjudici de l'interès de tercers a la confidencialitat de les dades que figuren a l'esmentada documentació, ni del dret dels professionals que han intervingut en l'elaboració d'aquesta, que poden invocar la reserva de llurs observacions, apreciacions o anotacions subjectives.

Altres:

MOTIU SOL·LICITUD:

SIGNATURA:

DATA SOL·LICITUD:

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR: DNI del titular