



SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA
Mun. Campina, str. Voila nr. 114, jud. Prahova
TEL: 0344/101118; FAX: 0344-102034
E-mail: spitalpsihiatrie@gmail.com; Web: www.spitalulvoila.ro
Nr. 2653 / 11.02.2022

Către,

Medicii din secțiile/ compartimentele medicale
Serviciul de Evaluare și Statistică Medicală

NOTĂ INTERNĂ

În conformitate cu prevederile din LEGEA nr. 185 din 24 iulie 2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

Având în vedere contextul pandemic actual, în care comunicarea cu aparținătorii este îngreunată datorită programului încărcat al medicilor a căror datorie principală este consultarea și tratarea pacienților;

Începând cu data comunicării prezentei, informarea aparținătorilor-persoane hipoacuzice, în legătură cu evoluția stării de sănătate a membrilor familiilor acestora care sunt internați în instituția noastră, se va face:

- prin contactarea la adresa de e-mail: anspl2006@yahoo.com a A.N.S.R.- Filiala Surzilor Ploiești, cu care spitalul are încheiat Protocolul De Colaborare nr. 2523/160 din 26.03.2019 sau

- prin mijloace electronice de comunicare, respectiv prin e-mailul de serviciu al medicului curant, cu obligația respectării prevederilor legale referitoare la confidențialitatea datelor cu caracter personal, în baza primirii cererii formulate de către aparținătorul hipoacuzic, cerere al cărui formular- model, se regăsește în ANEXA 1 care face parte din prezentul.

La solicitarea prin e-mailul de serviciu, transmisă medicului curant de către aparținătorul hipoacuzic, se va proceda astfel:

- se va comunica modelul cererii către aparținător;
- ulterior primirii cererii completată și însoțită de documentele doveditoare ale calității de aparținător hipoacuzic, cererea se va înregistra în registrul de corespondență al documentelor intrate, existent la nivelul fiecărei secții, iar răspunsul va purta număr de înregistrare din registrul de corespondență al documentelor ieșite existent deasemenea la nivelul fiecărei secții.

- atât cererea, însoțită de documentele doveditoare ale calității de aparținător hipoacuzic cât și răspunsul formulat de către medicul curant se vor arhiva la F.O.C.G. al/a pacientului/ei.

Pentru ca aparținătorii hipoacuzici să poată avea acces la adresele de e-mail de serviciu ale medicilor din spital precum și adresa de e-mail a A.N.S.R.- Filiala Surzilor Ploiești Serviciul de Evaluare și Statistică Medicală, le va afișa pe pagina web a instituției, în secțiunea " Informații pacienți – Noutăți și comunicate de presă.

Manager,
Dr. Irina Minescu





SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA
Mun. Campina, str. Voila nr. 114, jud. Prahova
TEL: 0344/101118; FAX: 0344-102034
E-mail: spitalpsihiatrie@gmail.com; Web: www.spitalulvoila.ro

ANEXA 1
LA NOTA INTERNĂ NR. 2653/11.02.2022

MODEL

CERERE DE INFORMAȚII

Către,

Domnul/ Doamna Dr.....

Subsemnatul/ a..... domiciliat/ă
în..... în calitate de aparținător hipoacuz al
pacientului/ei....., internat/ă în Spitalul de Psihiatrie
Voila, în calitate de medic curant pe care o aveți, prin prezenta vă rog să-mi comunicați
prin e-mail, la adresa de e-mail....., starea sănătății pacientului/ei
mai sus menționat/ă.

În dovedirea calității mele, de aparținător hipoacuzic, vă transmit atașate,
următoarele documente:

- Documentul medical care atestă afecțiunea de care sufăr- hipoacuzie;
- Certificate de naștere/ căsătorie.

Cunoscând prevederile:

- din LEGEA nr. 363 din 28 decembrie 2018 privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal de către autoritățile competente în scopul prevenirii, descoperirii, cercetării, urmăririi penale și combaterii infracțiunilor sau al executării pedepselor, măsurilor educative și de siguranță, precum și privind libera circulație a acestor date;
- ale Art 326 din Codul Penal referitoare la Falsul în declarații;
- ale Art 322 din Codul Penal referitoare la Falsul în înscrisuri sub semnătură privată,

Declar că toate cele înscrise mai sus corespund realității.

Data.

Semnătura: