



COMISIA DE
CONTROL INTERN
MANAGERIAL

**CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI sau
APARTINĂTORILOR PRIVIND DATELE
PERSONALE**

Cod: F01 PO 100-17

Rev.: 0

Pag.: 1/1

Subsemnata/ul.....

CNP:

Domiciliat/a in str....., nr....., bl....., sc....., et....., ap.....,
sector....., localitatea, judetul.....,
telefon.....

in calitate de:

- pacient
- apartinator
- reprezentant legal sunt de acord cu:

1. divulgarea informatiilor cu privire la

starea mea de sanatate starea de sanatate a persoanei pe care o reprezint

2. divulgarea motivelor medicale sau de alta natura

pentru care ma aflu internat pentru care se afla internata persoana pe care o reprezint

3. filmarea si interviuiera cu privire la starea de sanatate si difuzarea informatiilor obtinute pe aceasta cale pe cale audiovizuala a :

mea persoanei pe care o reprezint

Cadrul medical in prezenta caruia semnez:

.....

Unitatea mass-media care solicita informatiile:

.....

Data.....

Ora.....

Semnatura pacientului.....