



Cod F01 PO 111-01

Acord scris al pacientului sau aparținătorilor privind datele personale

Subsemnata/ul.....

.....

CNP: □□□□□□□□□□□□

Domiciliat/ă în str....., nr....., bl....., sc.....,
et....., ap....., sector....., localitatea,
județul....., telefon.....

în calitate de:

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

1. divulgarea informațiilor cu privire la

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

2. divulgarea motivelor medicale sau de altă natură

pentru care mă aflu internat pentru care se află internată persoana pe care o reprezint

3. filmarea și interviuarea cu privire la starea de sănătate și difuzarea informațiilor obținute pe această cale a:

mea persoanei pe care o reprezint

Cadrul medical în prezența căruia semnez:

.....

Unitatea mass-media care solicită informațiile:

.....

Data.....

Ora.....

Semnătura pacientului.....