

ACORDUL PACIENTULUI

privind filmarea / fotografierea în incinta unității medicale

I. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a fi filmat / fotografiat în incinta unității sanitare în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

X _____ Data: ____/____/____

Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere

II. Subsemnatul _____, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat / fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

X _____ Data: ____/____/____

Semnătura medicului care îngrijește pacientul