

ACORDUL PACIENTULUI privind comunicarea datelor medicale

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.
(*se completează în cazul minorilor sau majorilor fără discernământ)

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de către pacient/reprezentantul legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație)
1.	
2.	
...	

X _____ **Data:** ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale/ale pacientului reprezentat

Am retras accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate domnului/doamnei

X _____ **Data:** ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale