



WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

ACORDUL PACIENTULUI/ REPREZENTANTULUI LEGAL PRIVIND PARTICIPAREA LA ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL ȘI CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a participa la
învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în
procesul de învățământ, 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 pentru participarea acestuia la învățământul
medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de
învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

(*se completează în cazul minorilor sau majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere
temporară a capacității de exercițiu)

| | |
|---|----------------------|
| X _____ | Data: ____/____/____ |
| Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru participarea la învățământul medical | |

| | DA | NU | SEMNATURA |
|--|----|----|-----------|
| Sunt de acord ca investigatiile imagistice personale sa poata fi folosite in scop didactic, stiinfific si de cercetare, cu conditia ca datele mele de identificare sa nu apara in imagini | | | |
| Sunt de acord ca filmele si fotografiile din timpul interventiei chirurgicale sa poata fi folosite in procesul de invatamjant si cercetare | | | |
| Sunt de acord sa fiu filmata sau fotografiat in scop didactic, stiintific si de cercetare , cu conditia ca imaginea fetei mele sa poata /sa nu poata fi recunoscuta | | | |

Subsemnatul _____ medicul în grija căruia se află pacientul,
confirm că cercetarea științifică este făcută în interesul pacientului.

| | |
|---|----------------------|
| X _____ | Data: ____/____/____ |
| Semnătura medicului care îngrijește pacientul | |

(*se completează în cazul participării pacientului la cercetare științifică)