



WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE

Subsemnatul (Nume).....(Prenume).....

C.N.P...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../....., 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 (Nume).....(Prenume).....

C.N.P...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../....., 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.

Numele și prenumele persoanei/persoanelor	Calitatea persoanei indicate de pacient/reprezentant legal (grad de rudenie/altă relație)

Data...../...../201.....,ora.....

Semnatura pacientului/reprezentantului legal care **își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale** (ale pacientului reprezentat)

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei
....., calitatea.....

Data...../...../201.....,ora.....

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