



WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND FILMAREA/ FOTOGRAFIEREA ÎN INCINTA UNITĂȚII SANITARE

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

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