



# WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

## DECIZIA PACIENTULUI DE A NU FI INFORMAT

Subsemnatul.....domiciliat  
în.....,str.....nr.....,bloc.....sc.....ap.....,  
sectorul/județul....., legitimat cu B.I./C.I.seria.....nr.....,

având CNP....., în calitate de pacient/rezentant legal al  
pacientului....., având CNP.....,

îmi exprim decizia , în conformitate cu prevederile art.7 din Legea drepturilor pacientului nr.46/2003, cu  
modificările ulterioare să nu fiu informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar cauza suferință.

Semnătura pacientului/rezentantului legal.....

Data.....