

Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul _____ (numele si prenumele pacientului), cod numeric personal _____, imi exprim acordul ca informatiile despre starea mea de sanatate si datele mele medicale a fie comunicate catre persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

Subsemnatul _____ (numele si prenumele reprezentantului legal cod numeric personal _____, in calitate de reprezentant al pacientului* _____ imi exprim acordul ca informatiile despre starea acestuia de sanatate si datele sale medicale sa fie comunicate catre persoanele numerate mai jos, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

*Se completeaza in cazul minorilor sau al majorilor fara discernamant, precum in in cazul majorilor cu pierdere temporara a capacitatii de exercitiu.

Numele si prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/alta relatie)
<p style="text-align: right;">Data _____ / _____ / _____</p> <p>(semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima acordul pentru comunicarea datelro medicale personale ale pacientului reprezentat</p>	

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

Data _____ / _____ / _____

(semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima retragerea acordul privind comunicarea datelor medicale