Acordul pacientului / reprezentantului legal privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul, _____,
(numele şi prenumele pacientului)
cod numeric personal _____, îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea mea de sănătate şi datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

Subsemnatul, _____
(numele şi prenumele reprezentantului legal)
cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului*)
_____, îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea acestuia de sănătate şi datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză.

**) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu.*

Numele şi prenumele persoanei/ persoanelor indicate de pacient/ reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relaţie)
1.	
2.	
...	

X ..... Data ..../..../.....
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)

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

X ..... Data .../.../.....

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)