

SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIEȘTI	ACORDUL PACIENTULUI / REPREZENTANTULUI LEGAL PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE	Cod: 2 PO 05/F3
		Ed: III / Rev: 0
		Pag 1 / 2

Anexa nr.3

Subsemnatul, _____,
(numele și prenumele pacientului)
 cod numeric personal _____, 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, _____
(numele și prenumele reprezentantului legal)
 cod numeric personal _____, 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.

 *) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu
 pierdere temporară a capacității de exercițiu.

SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIEȘTI	ACORDUL PACIENTULUI / REPREZENTANTULUI LEGAL PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE	Cod: 2 PO 05/F3
		Ed: III / Rev: 0
		Pag 2 / 2

Numele și prenumele persoanei/ persoanelor indicate de pacient/ reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
...	
<input checked="" type="checkbox"/> Data / / (semnătura 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 <input checked="" type="checkbox"/> Data ... / ... / (semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)
