

Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

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

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

Numele si prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient /reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie /relatie)
1.	
2.	
...	
X..... Data...../...../..... (semnatura pacientului/ reprezentantului legal care isi exprima acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)	
Am retras accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate domnului/ doamnei..... X..... Data...../...../..... (semnatura pacientului/ reprezentantului legal care isi exprima retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)	

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