ACORDUL PACIENTULUI privind comunicarea datelor medicale personale

Anexa nr. 5 la Ordinul 1410/ 2016 I.

Subsemnatul _____(numele şi 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 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 și prenumele persoanei/persoanelor indicate de către pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație)
1.	
2.	
3.	
4.	
…	

Semnatura…… Data ……./……../……..

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

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