

ACORDUL PACIENTULUI
privind comunicarea datelor medicale personale
Anexa nr. 5 la Ordinul 1410/ 2016

I. 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*

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de către pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație)
1.	
2.	
3.	
4.	
....	

.....
Semnătura

Data
... / ... /

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei _____ Semnătura (semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)	Data ... / ... /
--	----------------------------------