



CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Cod: PS 09/F1

Rev.: 0

Pag.: 1 / 1

Subsemnata/ul.....

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr. ..., bl. ..., sc. ..., et., ap.,
sector.....,localitatea.....,județul.....,telefon.....,
în calitate de;

- pacient
 - aparținător
 - reprezentant legal
- sunt de acord cu:

1.- divulgarea informațiilor cu privire la

starea mea de sănătate starea de sănătate a persoanei pe care o reprezint;

2. - divulgarea motivelor medicale sau de altă natură

pentru care mă aflu internat pentru care se află internată persoana pe care o reprezint

3. - filmarea și interviuarea cu privire la starea de sănătate și difuzarea informațiilor obținute pe această cale pe cale audiovizuală a :

mea persoanei pe care o reprezint

Cadrul medical în prezența căruia semnez:

.....

Unitatea mass-media care solicită informațiile

.....

Data

Ora.....

Semnătura pacientului