

Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical

Subsemnatul,....., cod numeric personal....., îmi exprim acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, 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 pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

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

.....
Data/...../.....

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru participarea la învățământul medical)

CONSILIUL JUDEȚEAN BRAȘOV
SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE ȘI NEUROLOGIE BRAȘOV
STR. PRUNDULUI nr. 7-9 BRAȘOV
Tel. 0268/511481 Fax. 0268/410205
e-mail: relatiicupublicul@spnbrasov.ro
