

Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul,....., 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 majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
Data...../...../.....	
(semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)	

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei
Data...../...../.....
(semnatura pacientului/reprezentantului legal care isi exprima retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)

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
