

**CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI sau APARTINĂTORILOR PRIVIND DATELE PERSONALE**

Subsemnata/ul..

.....

CNP:

Domiciliat/a in str....., nr....., bl....., sc....., et....., ap.....,  
sector....., localitatea ....., judetul.....,  
telefon.....

in calitate de:

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

1. divulgarea informatiilor cu privire la

starea mea de sanatate       starea de sanatate a persoanei pe care o reprezint

2. divulgarea motivelor medicale sau de alta natura

pentru care ma aflu internat       pentru care se afla internata persoana pe care o reprezint

3. filmarea si interviuarea cu privire la starea de sanatate si difuzarea informatiilor obtinute pe aceasta cale pe cale audiovizuala a :

mea       persoanei pe care o reprezint

Cadrul medical in prezenta caruia semnez:

.....

Unitatea mass-media care solicita informatiile:

.....

Data.....

Ora.....

Semnatura pacientului.....