

Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

Subsemnatul,(numele și prenumele pacientului),
cod numeric personal, îmi exprim acordul de a fi
filmă/fotografiat în incinta unității medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale,
aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

X	Data/...../.....
(semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere)	

Subsemnatul, , medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta
să fie filmat/fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna
pacientului.

X	Data/...../.....
(semnătura medicului care îngrijește pacientul)	

Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către (denumirea instituției medicale)

Subsemnatul, (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal, vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul, (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal, în calitate de reprezentant legal al pacientului* (numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

* În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

Subsemnatul, (numele și prenumele împuternicitului), cod numeric personal, în calitate de împuternicit al pacientului* (numele și prenumele pacientului), vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

* Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:	
1.	
2.	
...	
X	Data/...../.....
(semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)	

Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul, , cod numeric personal
 , declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituției medicale . . .
 (denumirea instituției medicale) copii ale
 următoarelor documente:

Documente medicale înmânate în copie:	
1.	
2.	
...	
X	Data / /
(semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale)	