

**Acordul pacientului
privind comunicarea datelor medicale personale**

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele pacientului)

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* _____
(numele și prenumele 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.

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

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei

.....

.....

X _____ Data _____/_____/_____
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)

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