ANEXA 3

|  |
| --- |
| **ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE** |
|  |
|     Subsemnatul, ..................................................., cod numeric personal ............................, îmi exprim acordul |
|                           (numele şi prenumele pacientului) |
| ca informaţiile despre starea mea de sănătate şi datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză. |
|     Subsemnatul, ................................................................., cod numeric personal .........................., în calitate de  |
|                          (numele şi prenumele reprezentantului legal) |
| reprezentant legal al pacientului \*) ................................................, îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea acestuia de sănătate şi datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă de cauză. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu. |

|  |  |
| --- | --- |
| Numele şi prenumele persoanei/ persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal | Calitatea persoanei(grad de rudenie/altă relaţie) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| ... |  |
| X ....................................                                 Data ................./................./........................ |
| (semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat) |

|  |
| --- |
|     Am retras accesul la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei ............... . |
| X ....................................                                                     Data ................./................./........................ |
| (semnătura pacientului/reprezentantului legal care îşi exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale) |