



## 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 persoana specificată 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 persoana specificată mai jos, aceasta fiind dorința  
mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

| Numele și prenumele persoanei indicate<br>de pacient/reprezentant legal                                                                                                                | Calitatea persoanei<br>(grad de rudenie/altă relație) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <br>                                                                                                                                                                                   | <br>                                                  |
| X ..... Data ...../...../.....<br>(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea<br>datelor medicale personale ale pacientului reprezentat) |                                                       |

|                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei<br>.....                                                 |  |
| X ..... Data ...../...../.....<br>(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru<br>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.