

**Acordul pacientului privind filmarea/ fotografierea în incinta
unității sanitare**

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

X _____

Data: 10 / 06 / 2017

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

**Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind participarea la învățământul
medical și cercetare științifică**

Subsemnatul TURCU CORNELIU (numele și prenumele
pacientului), cod numeric personal 2570929163244, îmi exprim acordul
de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre
starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, 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 (se completează în cazul minorilor sau majorilor
fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de
exercițiu) _____ îmi
exprim acordul pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca
informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de
învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină
cunoștință de cauză.

X _____

Data: 10, 06, 2017

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru
participarea la învățământul medical