

**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 2570923163244, 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