



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului nr. 76, Hârșova, iud. Constanța

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro

Operator de date cu caracter personal

www.spitalharsova.ro



ANMCS

unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE



Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, 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 o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), având cod numeric personal (CNP) _____, 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 persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

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

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