



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



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

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

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

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

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru participarea (pacientului) la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare

Subsemnatul _____, medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să participe la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, fără a dăuna pacientului.

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura medicului care îngrijește pacientul