



# WELLBORN

SPITAL DE FERTILITATE SI MEDICINA MATERNO-FETALA

## 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 persoanele enumerate 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 persoanele enumerate mai jos,  
aceasta fiind dorința mea, pe care mi-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.	
2.	
3.	
4.	
X _____ Data: ____/____/____	
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale/ale pacientului reprezentat	