

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 medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o
exprim în deplină cunoștință de cauză.

_____|
| | X Data/...../..... | |
| | (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) |
|_____|