

**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)