ANEXA Nr. 5 la norme

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 pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
3.	
. . .	

X . . . . . Data . . . ./ . . ./ . . . . . .

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei . . . . . .

X . . . . . Data . . . ./ . . ./. . . . . .

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)