

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)