MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII
SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI
Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, **E-mail:** secretariat@spitalcfiasi.ro
Tel.: 0232/216422 **Secretariat Tel./Fax:** 0232/264013 **Web:** www.spitalcfiasi.ro

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.

_____ **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.

_____ **Data** _____/_____/_____

(semnătura medicului care îngrijește pacientul)

** Conform Anexei 1 la Normele de aplicare a legii drepturilor pacientului – OMS nr. 1.410/2016 cu modificările și completările ulterioare*