



## Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ ,

cod numeric personal \_\_\_\_\_ , îmi exprim acordul de a fi

filmăt/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)