

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)	