**ANEXA 3 ANEXA 1 PO-771- F1**

**Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unităţii sanitare**

Subsemnatul,..................................................cod numeric personal….......................................,

(numele şi prenumele pacientului)

îmi exprim acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unităţii medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorinţa mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoştinţă 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) |