

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

Subsemnatul,....., 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 afla pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dauna pacientului.

.....  
Data ...../...../.....

(semnătura medicului care îngrijește pacientul)