



## ACORDUL PACIENTULUI/APARTINATORULUI privind

### FILMAREA/FOTOGRAFIEREA în incinta Institutului Național de Endocrinologie „C.I.Parhon”

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- ✓ Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată - art. 649 și următoarele.
- ✓ Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului - art. 20.
- ✓ Ordinul nr. 482/2007 al ministrului sănătății publice - "NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.
- ✓ Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

I.  Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de pacient(ă)/beneficiar(ă), îmi exprim acordul de a fi filmat(ă)/fotografiat(ă) în incinta Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon", pe durata acordării asistenței medicale (servicii medicale).

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate

aparținător (tutore/reprezentant legal), pentru pacientul/a \_\_\_\_\_  
(nume și prenume pacient , CNP)

îmi exprim acordul pentru ca acesta/aceasta să fie filmat(ă)/fotografiat(ă) în incinta Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon", pe durata acordării asistenței medicale (servicii medicale).

Aceasta este dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză, în prezența următoarelor persoane:

\_\_\_\_\_ (nume și prenume), în calitate de \_\_\_\_\_;

Semnatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nume și prenume), în calitate de \_\_\_\_\_;

Semnatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura (pacientului/aparținătorului): \_\_\_\_\_

II. Subsemnatul \_\_\_\_\_, în calitate de medic curant, în grija căruia se află pacientul, \_\_\_\_\_, sunt de acord ca acesta să fie fotografiat(ă)/filmat(ă) în incinta Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon", acest fapt nefiind de natură a dăuna în vreun fel pacientului/ei.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura și parafa medicului: \_\_\_\_\_