

Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015
Email: secretariat@spitalgomoiu.ro, www.spitalgomoiu.ro

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

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, asa cum a fost modificata- art. 649 si urmatoarele:
- Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sanatatii Publice- " NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de produse si servicii medicale, sanitare si farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii.
- Legeanr. 46/2003 a dreptului pacientului.
- Ordinul Ministerului Sanatatii nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Acordul pacientului

privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), având cod numeric personal (CNP) _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

(*se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)

Numele și prenumele persoanei/ persoanelor indicate de către pacient/ reprezentantul legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație)
1	
2	
3	

Data: ____/____/____/

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale/ale pacientului reprezentat

Spitalul Clinic de Copii "Dr. Victor Gomoiu"

Bulevardul Basarabia, nr. 21, Sector 2, Bucuresti
Nr. ord. Reg. Com. Autorizație DIP. 63/26.06.1993, A.F. /C.U.I 4283759
Cont: RO55TREZ70221F335000XXXX, Trezoreria Sector 2
Tel. 031.4136700; Urgențe - Tel. 031.4136706; Fax: 0213212162
NR. REGISTRU ANSPDCP 1797, ISO 9001:2015
Email: secretariat@spitalgomoiu.ro, www.spitalgomoiu.ro