



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ „PIUS BRÎNZEU”
TIMIȘOARA

Bulevardul Liviu Rebreanu, Nr. 156, 300723 Timișoara • Tel. +4 0356 433111 • Fax +4 0256
486956

Cod fiscal 4663448 • judetean@hosptm.ro • www.hosptm.ro

Operator de date cu caracter personal numărul 26620

ACORDUL PACIENTULUI / REPREZENTANTULUI LEGAL
privind participarea la învățământul medical¹

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

(*Se completează în cazul minorilor sub 16 ani sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu).

X _____

Data: ____/____/____

(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru participarea la învățământul medical)

¹ Formular instituit în baza prevederilor din *Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003 aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1410/12.12.2016*, precum și în baza prevederilor *Regulamentului UE 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*.