



CONSILIUL JUDEȚEAN NEAMȚ  
**SPITALUL DE PSIHIATRIE  
"SF. NICOLAE" ROMAN**  
Str. Ion Nănu, nr.4, oraș Roman, jud. Neamț  
Telefon/fax 0732-143157  
E-mail: spital@spsnroman.ro  
Website: www.spsnroman.ro



## Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare<sup>1</sup>

Subsemnatul, ....., cod numeric personal .....,  
(numele și prenumele pacientului)

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.

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)

**NOTĂ:** Prezentul formular nu se utilizează în condițiile îndeplinirii prevederilor art. 7 alin. (1) din Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003 aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1410/12.12.2016, potrivit cărora: "Fotografierea sau filmarea pacienților în unități, în cazurile în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, se efectuează fără consimțământul acestora"

<sup>1</sup> Formular instituit în baza prevederilor art. 7 alin. (2) la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003 aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1410/12.12.2016, care precizează că: "În toate situațiile care nu sunt prevăzute la alin. (1) unitățile sunt obligate să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului „Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare“, prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme".