

Formular de exprimare a acordului pacientului informat

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul / reședința:	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti SARS-CoV-2 cu vaccin _____		

Subsemnatul/a _____ (numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului / asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnătura _____

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului / reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical:

Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter confidențial conform legii și GDPR

Vă informăm că datele dvs. personale sunt prelucrate în interesul dvs., în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27 aprilie 2016, ale Legii nr. 95 / 2006 și ale Legii Pacientului nr. 46/2003 și în conformitate cu Strategia de vaccinare împotriva COVID-19 în România din 27 noiembrie 2020.

Dumneavoastră, ca pacient, puteți avea acces la datele personale și puteți cere modificarea / actualizarea sau ștergerea acestora.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus

_____/_____/_____

Semnătura pacientului

zi / luna / an