

APROB,
Desfășurarea interviului în data de
....., interval orar.....
Managerul Spitalului _____

ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI

I. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a acorda interviu în incinta Spitalului _____, de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____
(Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere)

Data: ____/____/____

II. Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca acesta să acorde interviu/să fie filmat/fotografiat în Spitalul _____ de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____.

(*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).

(Semnătura reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru filmare/ fotografiere)

Data: ____/____/____

III. Subsemnatul _____, în calitate de medic curant al pacientului _____ (numele și prenumele pacientului menționat în prezentul formular), sunt de acord ca acesta să acorde interviu în incinta Spitalului _____, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

(Semnătura medicului curant) _____

Data: ____/____/____

DECLARAȚIE JURNALIST

Subsemnatul _____, jurnalist al publicației _____ declar pe proprie răspundere că nu voi filma/înregistra cu dispozitive ascunse cât mă voi afla în incinta Spitalului _____ și nu voi intervieva persoane care nu și-au dat acordul în scris în acest sens sau care nu au acordul managerului/medicului curant.

De asemenea, declar că am luat la cunoștință de regulile instituite prin procedura de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia, pe care mă oblig să le respect.

Data ____/____/____

Semnatura _____