

Nume pacient:



Telefon:

@ E-mail

CNP



Data nașterii:



Adresa

Serie / nr act identitate

### **Acordul pacientului informat**

#### **I. Consimțământ**

- a. Subsemnatul, în calitate de pacient  Nu  Da  
 reprezentant legal al pacientului

#### **1. Consimțământ pentru recoltare**

- a. Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice  Nu  Da

#### **2. Consimțământ pentru efectuarea de investigații**

- a. Pacientul este de acord cu efectuarea de: radiografii dentare, teste alergologice, analize medicale, etc.  Nu  Da

#### **II. Informații legate de starea de sănătate furnizate pacientului**

- a. Date despre starea de sănătate  Nu  Da  
 b. Intervențiile și strategia terapeutică propuse  Nu  Da  
 c. Riscurile potențiale  Nu  Da  
 d. Alternative de evoluție, cu și fără tratament  Nu  Da  
 e. Diagnostic  Nu  Da  
 f. Prognostic  Nu  Da  
 g. Complicații posibile  Nu  Da  
 h. Riscurile neefectuării tratamentului  Nu  Da  
 i. Riscurile nerespectării recomandarilor medicale  Nu  Da

#### **III. Alte informații**

- a. Au fost furnizate pacientului informații despre serviciile medicale disponibile?  Nu  Da  
 b. Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează?  Nu  Da  
 c. Au fost furnizate pacientului informații despre regulile/ practicile/ obiceiurile din unitatea medicală?  Nu  Da  
 d. Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală?  Nu  Da  
 e. Au fost furnizate pacientului informații despre natura și scopul tratamentului propus?  Nu  Da  
 f. Au fost furnizate pacientului informații despre riscurile și consecințele tratamentului?  Nu  Da  
 g. Pacientul a fost informat asupra costului estimat al tratamentului?  Nu  Da  
 h. Suferiți de o boală psihică care vă afectează discernământul?  Nu  Da  
 i. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate?  Nu  Da  
 j. Sunteți de acord să primiți notificări de la noi prin

toate canalele de comunicare multimedia?  Nu

Da

k. Ați luat la cunoștință că în conformitate cu noile reglementări conform cu 2016/679/UE Privind Protecția Datelor (GDPR) intrat în vigoare începând cu 25 mai 2018, stocăm și prelucrăm datele pacienților  Nu

Da

Data

Semnătură și parafa

**Semnătura declarant<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup>În cazul reprezentantului legal/apartinătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.

