

TELEFON PĂRINTE: _____

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT PENTRU CABINETUL STOMATOLOGIC

1. Date pacient	Nume și prenume:		
	Domiciliul/reședință:		
2. Reprezentantul legal al pacientului* <i>*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.</i>	Nume și prenume:		
	Domiciliul/reședință:		
	Calitate:		
3. Actul medical (descriere)	CONSULTAȚIE, ÎNTOCMIRE FIȘĂ		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:	Da	Nu	
Date despre starea de sănătate			
Diagnostic			
Prognostic			
Natura și scopul actului medical propus			
Intervențiile și strategia terapeutică propuse			
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:			
Riscurile neefectuării tratamentului			
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale			

		Da	Nu
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului			
Informații despre serviciile medicale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata * *Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul			
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte			
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.			
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.			

I) Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal) declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către **DR. BIANCA NAUMESCU** (numele și prenumele medicului/asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și imi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

X _____ Data: __/__/____ Ora: _____
 Semnătura pacientului / reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical

II) Subsemnatul pacient / reprezentant legal _____ declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical **și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.**

X _____ Data: __/__/____
 Ora: _____
 Semnătura pacientului / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul _____ (numele și prenumele pacientului)

Nr. Crt.	Nume și prenume	Statut profesional
1		
2		
3		