

FORMULAR DE CONȘIȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul/a _____,

pacient aparținător părinte/tutore pacient minor

domiciliat/ă în _____ str. _____ nr. _____,

identificat/ă cu C.I./Pasaport seria _____, nr. _____, eliberat/ă de _____,

tel. _____, e-mail _____,

AUTORIZEZ și PERMIT DR. _____ să realizeze următorul tratament (următoarea procedură): _____.

1. Menționez că am fost informat/ă cu privire la natura, scopul, beneficiile, riscurile efectuării opțiunii terapeutice și responsabilități financiare care mi-au fost explicate pe înțelesul meu, inclusiv faptul că am dreptul de a solicita și o altă opinie medicală.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
2. Mi s-au prezentat și am înțeles riscurile asociate, respectiv consecințele pe care le presupune tratamentul/procedura (anticipate sau prevăzute), cât și riscurile pe care le impun investigațiile tratamentului/procedurii mai sus menționat/ă.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
3. Înțeleg și că toate procedurile specifice tratamentului/procedurii cât și cele corespunzătoare investigațiilor asociate pot implica și riscuri imprevizibile (inclusiv riscul de deces).	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
4. Mi s-au prezentat, am înțeles și sunt de acord cu următoarele: a. acest tratament/procedură poate avea urmări imprevizibile în ciuda unei tehnici și tratament corect; rezultatele pot fi previzibile dar nu sunt garantate b. medicul va lua toate măsurile necesare pentru a reduce la minimum riscurile, incidentele și complicațiile în funcție de organism	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
5. Declar că sunt de acord și consimt pentru următoarele: a. recoltări de sânge b. măsurarea funcțiilor vitale: temperatură, puls, frecvență cardiacă, respirație, tensiune arterială c. tratament medicamentos (administrarea de tablete, injecții intramusculare și/sau intravenoase, perfuzii) și regim dietetic la indicația medicului curant d. recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul meu, în vederea stabilirii diagnosticului sau tratamentului e. efectuarea ecografiei și/sau examinărilor imagistice f. efectuarea tuturor procedurilor necesare de către medicul curant în toate situațiile care pot apărea și care nu sunt cunoscute la momentul în care începe tratamentul/procedura	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
6. Declar că înțeleg toate implicațiile și complicațiile tratamentului/procedurii pe care doresc să o efectuez.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
7. Consimt că în timpul realizării tratamentului/procedurii pot fi prezente în spațiul afectat efectuării acesteia și alți membri ai personalului medical sau alte persoane autorizate.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
8. Declar că imi dau consimțământul și autorizez personalul medical pentru prelucrarea statistică a datelor cu caracter personal și documentare fotografică pentru urmărirea evoluției afecțiunii cutanate, iar în cazuri selecționate, pentru diseminarea științifică a procedurii și rezultatelor terapeutice.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
9. Mă oblig să urmez tratamentul medical recomandat și îmi asum consecințele nerespectării acestuia.	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul pentru tratamentul/procedura prezentată.

Desemnez următoarea persoană care poate fi contactată de către Clinica MEDIVA în caz de orice urgență/necesitate/fortă majoră:

Dl./dna _____ domiciliat/ă în _____, str. _____

nr. _____, identificat/ă cu CI seria _____ nr. _____ eliberat/ă de _____

la data de _____, tel. _____, email _____.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezentul consimțământ informat.

Data _____

SEMNĂTURA PACIENTULUI

Page 1 of 1