



DENT ESTET 4 TEENS

Acordul pacientului informat

DENT ESTET are obligația legală de a solicita și a prelucra aceste date în conformitate cu decizia nr.15/2016 mai jos menționată.

Acest acord informat al pacientului pentru efectuarea de tratamente și investigații stomatologice este realizat în conformitate cu **decizia nr.15/2016 privind elementele acordului pacientului informat publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1040 din 23.12.2016**, în temeiul art. 534 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere prevederile art. 660 din același act normativ.

1. Date pacient

1.1. Nume: _____ Prenume: _____

1.2. Domiciliu/Reședință: _____

2. Reprezentantul legal al pacientului*

*Se utilizează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ.

2.1. Nume: _____ Prenume: _____

2.2. Domiciliu/Reședință: _____

2.3. Calitate: _____

3. Actul medical (descriere) _____

4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:

4.1. Date despre starea de sănătate: Da Nu

4.2. Diagnostic: Da Nu

4.3. Prognostic: Da Nu

4.4. Natura și scopul actului medical propus: Da Nu

4.5. Intervențiile și strategia terapeutică propuse: Da Nu

4.6. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor: Da Nu

4.7. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor: Da Nu

4.8. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor: Da Nu

4.9. Riscurile neefectuării tratamentului: Da Nu

4.10. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale: Da Nu

5. Consimțământ pentru recoltare

5.1. Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice: Da Nu

6. Alte informații care au fost furnizate pacientului

- 6.1. Informații despre serviciile medicale disponibile: Da Nu
- 6.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*: Da Nu
*Identificat în tabelul cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului
- 6.3. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte: Da Nu
- 6.4. Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală: Da Nu

7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: Da Nu

I) ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL

I) Subsemnatul/(a) _____ * declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ **, mai sus-enumerate, că am prezentat medicului dentist doar informații adevărate și că îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

** Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

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

Data: ____ / ____ / _____

Ora: ____ / ____

II) REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL

I) Subsemnatul/(a) _____ * declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ **, mai sus-enumerate, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și că îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

** Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză
efectuarea actului medical)

Data: ____ / ____ / _____

Ora: ____ / ____