



Instituția: **DR BOTA DENTPRAX S.R.L**

☎ **0787606595**

✉ **drbotadentprax@gmail.com**

🏠 **Str. PĂINII Nr. 14 , Târgu Mureş, Mureş, România**

CIF**46899216**

Reg.Com.**J26 /1816 /2022**

Nume pacient:

Cod pacient: **5961**



🏠 **Mureş, România**

CNP:

Vârsta: Sex: -

Nr. act de identitate:

Acordul pacientului informat

I. Datele pacientului

- a. Numele și prenumele
- b. Domiciliul/reședința

II. Reprezentantul legal al pacientului*

- a. Numele și prenumele
- b. Domiciliul/reședința

- c. Calitatea

III. Actul medical

- a. Descriere

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Date despre starea de sănătate | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| b. Diagnostic | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| c. Prognostic | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| d. Natura și scopul actului medical propus | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| e. Intervențiile și strategia terapeutică propuse | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| f. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |
| g. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor | <input type="radio"/> Nu | <input type="radio"/> Da |

- h. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor Nu Da
- i. Riscurile neefectuării tratamentului Nu Da
- j. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale Nu Da

*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

V. Consimțământ pentru recoltare

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

VI. Alte informații care au fost furnizate pacientului

- a. Informații despre serviciile medicale disponibile Nu Da
- b. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*) Nu Da
- c. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte Nu Da
- d. Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală Nu Da
- e. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate Nu Da

*) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

VII. Declarație

- a. Declarație acord

- b. Declarație refuz

- c. Semnătura pacientului/reprezentantului legal
- d. Data

VIII. Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul

a. Numele și prenumele pacientului

b. Tabel cu medici

Nume și prenume	Statut profesional
Dr Bota Zsolt	Medic