



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:

## **FORMULAR DE CONȘIȚĂMÂNT INFORMAT**

ÎN VEDEREA EFECTUĂRII TRATAMENTELOR CHIRURGICALE ÎN  
CABINETUL DE MEDICINĂ DENTARĂ

### I. Conșimțămînt

a. în calitate de pacient

**Da**

reprezentant legal al pacientului

b. Autorizez și permit instituției/cabinetului stomatologic care a întocmit formularul și medicului curant, precum și colaboratorilor coordonați de acesta să realizeze următoarea intervenție chirurgicală:

Data

**25.11.2024**

Semnătură și parafa

**Dr Bota Zsolt**

Menționez că am fost informat(ă) cu privire la natura, scopul, beneficiile și riscurile neefectuării intervenției chirurgicale și a celorlalte opțiuni terapeutice care mi-au fost explicate pe înțelesul meu, inclusiv faptul că am dreptul de a solicita și o altă opinie medicală.

Mi s-au prezentat și am înțeles riscurile asociate, respectiv consecințele pe care le presupune intervenția chirurgicală (anticipate sau prevăzute), cât și riscurile pe care le impun investigațiile necesare intervenției chirurgicale mai sus-menționate.

Înțeleg și că toate procedurile specifice intervenției chirurgicale și cele corespunzătoare investigațiilor asociate pot implica și riscuri imprevizibile (inclusiv riscul de deces).

Totodată, mi s-a explicat și am înțeles că toate procedurile de chirurgie efectuate în cabinetul de medicină dentară presupun o serie de riscuri, unele inevitabile:

- reacții alergice/toxice la medicamente și substanțe anestezice pre-, intra- și postoperator;
- hemoragie intra- și postoperatorie;
- hematoame, echimoze, edeme postoperatorii;
- dureri în teritoriul oro-maxilo-facial;
- dehiscența plăgilor;
- lezarea dinților învecinați;
- hipoestezia/anestezia nervului alveolar inferior, mentonier, lingual, infraorbitar;
- infecții ale spațiilor fasciale cervico-faciale;
- osteita/osteomielita oaselor maxilare;
- sinuzite maxilare;
- comunicare oro-sinuzală sau oro-nazală;
- fracturi ale oaselor maxilare;
- accidente prin ruperea instrumentarului în timpul manevrelor chirurgicale;
- escoriații, plăgi, ulcerații produse prin contactul mucoaselor cu instrumentarul chirurgical sau cu substanțe medicamentoase.

De asemenea, înțeleg necesitatea consultului interdisciplinar însoțit de avizul de

specialitate pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Declar că sunt conștient(ă) de aceste riscuri și le accept fără a solicita ulterior daune materiale sau morale medicului dentist curant sau cabinetului de medicină dentară.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei intervenții chirurgicale pe care doresc să o efectuez și declar că nu am primit nici o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În scopul realizării intervenției chirurgicale consimt la administrarea anesteziei loco-regionale, fiind informat(ă), pe înțelesul meu, asupra riscurilor administrării substanțelor anestezice în corelație cu starea generală, fiind conștient(ă) de riscurile pe care le presupune.

În consecință și în condițiile precizate îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul pentru intervenția chirurgicală prezentată.

În conformitate cu art. 19 și 20 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, îmi/nu îmi exprim acordul de a participa în calitate de pacient la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, precum și cu privire la fotografierea/filmarea mea pre-, intra- și post-operator, toate aceste informații putând fi folosite în scop didactic, medical și științific. Înțeleg că în timpul realizării intervenției chirurgicale/investigației pot fi prezente în spațiul afectat efectuării acesteia și alți membri ai personalului medical sau alte persoane autorizate, în scopurile mai sus arătate, și consimt/nu consimt la prezența acestora.

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

**Data completării**  
2024-11-25

**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.