

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul(a) _____ având domiciliul în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, (sector/județ) _____, (țara) _____, legitimat(ă) cu Act (B.I./C.I./pașaport) seria _____, nr. _____, în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului (copilului) cod numeric personal (al copilului) _____, autorizez și permit realizarea tratamentului stomatologic de urgență.

Menționez că mi-a fost explicată pe înțelesul meu manopera stomatologică ce urmează a fi efectuată.

Am fost informat cu privire la definiția de caz COVID-19 (conform CNSBT/27.03.2020), riscurile, posibilele accidente și complicații ale tratamentului stomatologic de urgență, inclusiv la riscul contaminării mele cu COVID-19, cu tot protocolul strict respectat.

Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație legală a medicului specialist, în conformitate cu dispozițiile art. 649 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

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

(semnătura pacientului/reprezentantului legal)