

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	C.I. Serie Nr. C.N.P.	
	Domiciliul reședința:	
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele:	
	C.I. Serie Nr. C.N.P.	
	Domiciliul reședința:	
	Calitatea:	
*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin.(3) - (5) din normele metodologice)		
3. Actul medical (descriere)		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical	DA	NU
Diagnostic		
Prognostic		
Natura și scopul actului medical propus		
Date despre starea de sănătate		
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	DA	NU
Riscul infecțios asociat manevrelor invazive		
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
Informații despre serviciile medicale disponibile		
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata		
*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul		
Informații despre regulile/particile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
Pacientul a fost înștiințat că are dreptul la o a doua opinie medicală		
Excepție de la regula consimțământului informat: „Privilegiul terapeutic”		
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate		
8. Acordul informat pentru efectuarea actului medical		
Declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele medicului/ asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și		
<input type="checkbox"/> îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.		
<input type="checkbox"/> îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.		
Data// Ora		
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical		
Tabel cu personalul care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)		
Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		

9. Acordul pacientului privind informarea despre evoluția stării de sănătate

În calitate de pacient internat în secția declar pe propria răspundere că: vreau nu vreau să fiu informat despre evoluția stării mele de sănătate.

Îmi exprim acordul ca datele despre starea mea de sănătate să fie transmise către în calitate de Telefon Semnătura pacient

10. Acordul pacientului privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Îmi exprim acordul/ Nu îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Spitalul Clinic Nr. 1 CF Witting, în conformitate cu legislația în vigoare.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal