

FORMULAR DE CONȘIȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul, , domiciliat în
legitimată cu B.I./C.I., seria: , nr: , în calitate de:

1. pacient;
 2. reprezentant legal al pacientului (în cazul în care pacientul este în incapacitate de a decide, nu are discernământ),

m-am prezentat liber de orice constrângere și am solicitat furnizarea următorului serviciu medical:

- sesiune de consultanță medicală la distanță.

Mi s-au adus la cunoștință de către cadrul medical dr. STAFIE CELINA SILVIA, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau indicațiilor terapeutice ce se vor efectua;
- natura, scopul și beneficiile indicațiilor medicale;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului;
- riscurile în general acceptate ale metodelor de îngrijire și tratament

Am cunoștință că am dreptul să refuz sau să opresc o intervenție medicală asumându-mi răspunderea pentru decizia mea. Consimt ca personalul medical al cabinetului de îngrijire medicală să efectueze toate tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau tratament necesare în vederea furnizării serviciului medical de îngrijire solicitat, în contextul legal al unei practici medicale corecte, cu excepția celor în legătură cu care, în mod expres, îmi exprim dezacordul.

În cazul în care, în timpul intervenției medicale, apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine, accept ca personalul medical să acționeze în baza pregătirii sale profesionale, în consecință, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu.

Conform GDPR, am luat cunoștință că datele personale sunt păstrate în registrul de evidență al cabinetului, sunt arhivate și sunt utilizate la întocmirea raportărilor statistice către instituțiile abilitate; aceste date sunt confidențiale și nu vor fi furnizate în alte scopuri, fără avizul meu.

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau, liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la intervențiile medicale solicitate.

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

Data:

Semnătura pacientului/Reprezentantului legal

.....

Medic,
Semnătura și parafa

.....