



ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Completeaza PACIENT	1. Datele pacientului	Numele și prenumele:			
		Domiciliul/Reședința:			
	2.Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele și prenumele:			
		Domiciliul/Reședința:			
		Calitatea:			
3. Actul medical (descriere): CONSULTATIE PSIHIATRIE / PSIHIATRIE PEDIATRICA					
Completeaza MEDIC	4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:		Da	Nu	
	Date despre starea de sănătate				
	Diagnostic				
	Prognostic				
	Natura și scopul actului medical propus				
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse				
	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				
	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**)				
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte					
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.					
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.					

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

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



Completeaza PACIENT	I) Subsemnatul, _____, declar că am înțeles (numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal) toate informațiile furnizate de către Dr. _____, (numele și prenumele medicului / asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.
	X Data:/...../..... Ora: Semnătura pacientului / reprezentantului legal care CONSIMTE INFORMAT LA EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL

Completeaza PACIENT	I) Subsemnatul pacient / reprezentant legal, _____, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către Dr. _____, (numele și prenumele medicului / asistentului medical) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.
	X Data:/...../..... Ora: Semnătura pacientului / reprezentantului legal care REFUZĂ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL

Completeaza MEDIC	Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)		
	Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
	1		
	2		
	...		

► In Clinicile Hope, interventiile sunt structurate ca planuri de tratament, dupa recomandarile ghidurilor internationale. Astfel, recuperarea dumneavoastra este accelerata. Prin prezenta, va dati acordul pentru a fi contactat telefonic, exclusiv pentru informatii si programari legate de urmatorul pas din programul de tratament dedicat afectiunii dumneavoastra (acolo unde acesta exista).

X Data:/...../..... Ora:
Semnătura pacientului / reprezentantului legal care **CONSIMTE LA IMPLEMENTAREA PLANULUI DE TRATAMENT**