

## Acordul pacientului informat

1. Date pacient		
1.1. Nume și prenume:		
1.2. Domiciliu/reședință:		
2. Reprezentantul legal al pacientului*		
*Se utilizează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ.		
2.1. Nume și prenume:		
2.2. Domiciliu/reședință:		
2.3. Calitate:		
<b>3. Actul medical</b> (descriere)		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătura cu actul medical:		
	Da	Nu
4.1. Date despre starea de sănătate		
4.2. Diagnostic		
4.3. Prognostic		
4.4. Natura și scopul actului medical propus		
4.5. Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
4.6. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.7. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.8. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
4.9. Riscurile neefectuării tratamentului		
4.10. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		

5. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
	Da	Nu
5.1. Informații despre serviciile medicale disponibile		
5.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata* *Identificat în tabelul cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului		
5.3. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
5.4. Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală		
6. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate	Da	Nu

**I) ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL**

I) Subsemnatul/(a) \_\_\_\_\_ \* declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ \*\*, mai sus-enumerate, că am prezentat medicului dentist doar informații adevărate și că îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

\* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

\*\* Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

..... (Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical )	Data: .....	Ora: .....
---	-------------	------------

**II) REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL**

II) Subsemnatul/(a) \_\_\_\_\_ \* declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ \*\*, mai sus-enumerate, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și că îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

\* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

\*\* Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

..... (Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical )	Data: .....	Ora: .....
--	-------------	------------

**Tabel cu personalul medical**

care acordă îngrijiri de sănătate d-nei/d-rei/d-lui .....

<b>Nr. crt.</b>	<b>Nume și prenume</b>	<b>Profesie</b>	<b>Grad profesional/specialitate</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
...			