



CENTRUL JUDEȚEAN ILFOV
DE ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ PENTRU BOLNAVI CRONICI
contact.centru@uamsilfov.ro
tel.fax. 0213515234

**Consimțământ informat al pacientului
în vederea acordării medicale
și de obținere a acordului privind accesul și prelucrarea datelor personale**

Subsemnatul

CNP....., legitimat cu CI seria..... nr....., în calitate de :

1. Pacient internat
2. Reprezentant legal al
3. Calitatea de apartinător (sot/sotie, sora/frate, fiu/fiica)....., al pacientului

.....

Suferiți de afecțiune care va afecta discernământul ? da ☐ nu ☐

Consimt să mi se recolteze probe de sânge și alte fluide biologice, natură și scopul acestora fiindu-mi explicate pe înțelesul meu de medic/doctor

Consimt să urmez tratamentul al cărui scop mi-a fost explicat pe înțelesul meu de medic/doctor

.....

Natură, scopul și beneficiile și riscurile neefectuării acestor investigații/ tratamente / consulturi mi-au fost explicate de către medic/doctor.

Declar că mi s-au prezentat riscurile asociate, precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces și riscul de apariție a unei infecții asociate actului medical)

Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul investigațiilor și tratamentului este spre binele meu.

În cazul în care, în timpul intervenției/ internării, apar situații neprevăzute care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de mine, accept că medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale în consecință, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai spre binele meu.

Mi s-au explicat riscurile care decurg din nerespectarea recomandărilor medicale.

Am fost informat despre :

- Serviciile medicale oferite
- Identitatea și statutul profesional al personalului care mă tratează
- Regulile/ practicile /obiceiurile din unitate, pe care trebuie să le respect
- Dreptul la a doua opinie medicală

Subsemnatulîn calitate de pacient/ reprezentant legal al pacientului.....,

Imi exprim decizia să nu fiu informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar cauza suferință.

Semnătura pacientului/ reprezentantului legalData.....

Imi exprim opțiunea de a permite accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate a dnei/ dlui....., în calitate de.....

Semnătura pacientului/ reprezentantului legalData.....

Sunt / Nu sunt de acord să permit accesul altei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea de sănătate.

Semnătura pacientului/ reprezentantului legalData.....



CENTRUL JUDEȚEAN ILFOV
DE ASISTENȚA MEDICO-SOCIALĂ PENTRU BOLNAVI CRONICI
contact.centru@uamsilfov.ro
tel.fax. 0213515234

Am retras accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sănătate dlui/ dnei

Semnatura pacientului/ reprezentantului legalData.....

Acordul pacientului privind filmarea / fotografierea în incinta unitatii.

Subsemnatul....., în calitate de pacient, CNP.....

Imi exprim/ nu imi exprim acordul de a fi filmat / fotografiat în incinta unitatii în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Semnatura pacientului/ reprezentantului legalData.....

Subsemnatul (medicul în grijă căruia se afla pacientul), sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unitatii medicale, acest fapt nefiind de natură a dauna pacientului.

Semnatura medicului care îngrijește pacientul.....Data.....

Consimt ca am fost informat cu privire la personalul medical care mă va îngriji pe durata spitalizării.

Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul....., în calitate de pacient, CNP....., în exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul....., în calitate de reprezentant legal al pacientului, CNP....., imi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză:

Numele și prenumele persoanei indicate de pacient/ reprezentant legal	Calitatea persoanei
Semnatura pacientului/ reprezentantului legal care și exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale	Data.....

Certific ca am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus.

Declar ca toate datele declarate în prezentul consimțământ sunt adevărate și consimt informat la efectuarea tratamentului.

.....

...../...../.....

(semnatura pacientului/ reprezentantului legal)

zi luna an