

 <p>Versiunea 2022</p>	Tabel cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului semnat		CABINETE ASOCIATE AF STOMATOLOGIE „2D” 310100 Arad, Str. Ludovic Szentay nr.1, ap.9 Tel: 0040 - 257 281691 SITE : www.dentistdavid.ro	
	Nume și prenume	Profesia, specialitatea		Bifați 1 medic „2D” cu X
	1 Dr. Svetlana David	Medic specialist stomatolog (Stoma „2D”)		
	2 Dr. Voicu A. David	Medic specialist stomatolog (Stoma „2D”)		
	3 As. Gabriela Torcoș	Asistentă medicală generalistă (Stoma „2D”)		
	4 Dr. S. Aiordăchioaie, Dr. A.Tudoran	Medici stomatologi - endodonție (colaboratori externi)		
	5 Dr. S. E. Stana, Dr. A.Todor	Medici stomatologi - chirurgie orală (colaboratori ext.)		
6 Dr. Vasile Dehelean	Medic stomatolog - endodonție (colaborator extern)			

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document este realizat conform reglementărilor identice din U.E. și a celor din România: Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în sănătate (+normele ulterioare), Legea nr.46/2003 despre drepturile pacientului (+n. ulterioare), Decizia 6/1AGN /2021 a C.M.D.R. (+n.ulterioare). Formularul are 3 anexe obligatorii:

A. Chestionar de evaluare stare generală de sănătate **B.** Consimțământ P.D.C.P. (A.și B. pe verso) **C.** Fișa protetică de laborator dentar (ptr.tratament protetic).

1. Datele pacientului major sau datele pacientului minor (0-18 ani)	1.1. Nume și prenume:	
	1.2. Cod Numeric Personal:	Alt Număr de Identitate:
	1.3. Domiciliul / reședința :	
	1.4. Contact: Telefon Fix :	Telefon Mobil :
2. Reprezentantul legal pentru: a. pacienții minori (0-18 ani) b. majorii fără discernământ	2.1.a. Părintele minorului:	2.1.b.Reprezentant legal al:
	2.2. Numele părintelui / reprezentantului legal:	
	2.3. Domiciliul / reședința:	

3. Actele medicale (descrierea tratamentelor stabilite de medicul stomatolog în funcție de diagnosticele & necesitățile de tratament):

- Tratamente profilactice și de întreținere a sănătății orale, precum: învățarea igienei dentare corecte, teste de placă bacteriană, controale preventive, etc.
- Tratamente ale afecțiunilor acute precum : anestezii, calmarea durerilor, reducerea inflamațiilor, devitalizante, drenaje, antibiotice, antiinflamatoare;
- Tratamente ale infecțiilor osului și țesuturilor vecine precum : incizii, extracții, chiuretaje, rezecții, decapușonări, mici intervenții chirurgicale, etc.
- Tratamente de îndepărtare a cariilor dentare și ale altor leziuni și înlocuirea acestora cu diferite materiale de obturație provizorii și/ sau definitive, etc.
- Tratamente de îndepărtare a nervului (pulpei) infectat, de dezinfectare repetată cu diferite mijloace și de obturare a canalelor radiculare, etc.
- Tratamente de îndepărtare a tartrului, a obturațiilor vechi cu carii, a dinților migrați irecuperabili, a lucrărilor protetice vechi, necorespunzătoare, etc.
- Tratamente complexe ale afecțiunilor gingiei și țesuturilor de susținere: gingivite, parodontite marginale cronice, parodontoze, mobilitate, migrări, etc.
- Tratamente ale afecțiunilor părților moi ale gurii, ale mucoaselor, obrazilor, limbii, etc.; Tratamente medicamentoase locale și / sau generale , etc.
- Tratamente de reconstituire a coroanei dentare distruse cu materiale ca: știfturi radiculare turnate, prefabricate, cimenturi reconstructive, coroane, etc.
- Tratamente de înlocuire a dinților lipsă cu elemente de înlocuire fixe precum: punți dentare din materiale fizionomice, semifizionomice, metalice, etc.
- Tratamente de înlocuire a dinților lipsă prin elemente de înlocuire (semi-) mobile precum:(restaurări scheletate), proteze acrilice parțiale / totale, etc.

4. Declar că medicul stomatolog ales mi-a furnizat (adică mi-a explicat pe înțelesul meu) următoarele informații din tabelul alăturat (4.1. - 4.10.)	BIFAȚI CU X TOATE RĂSPUNSURILE CORESPUNZĂTOARE !:	Da	Nu
Aceste informații se referă la starea sănătății mele buco - dentare și la actele medicale (tratamentele) propuse.	4.1. Datele despre starea de sănătate buco-dentară		
Aceste informații există la data semnării prezentului acord.	4.2. Diagnosticul stomatologic existente		
	4.3. Prognosticul, evoluția afecțiunilor, complicațiile posibile		
	4.4. Informații despre natura și scopul actelor medicale propuse a fi efectuate		
	4.5. Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
	4.6. Informații despre beneficiile și consecințele actelor medicale propuse		
	4.7. Riscurile potențiale generale, regionale și locale ale actelor medicale propuse		
	4.8. Alternativele viabile de tratament și riscurile acestora		
	4.9. Riscurile neefectuării tratamentelor necesare propuse		
	4.10. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale stomatologice date		
5.1. Consimțământul pentru recoltare	5.1. Sunt de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea pentru analize de laborator a eventualelor produse biologice rezultate în urma unor tratamente mai deosebite		
5.2. Consimțământul pentru investigații	5.2. Sunt de acord cu următoarele investigații: radiografia dentare (la firma MedXray), tomografie computerizată (la firma MedXray), analize, consultări medici specialiști, etc.		
6. Alte informații importante care mi-au fost furnizate și cu care sunt de acord. Informațiile de la punctele 6.1., 6.3., 6.7. și 6.8. constituie documente afișate în sala de așteptare, în biblioraft.	6.1. Informații despre serviciile medicale stomatologice disponibile în cabinete (+ Tarife)		
	6.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului (Tabel cap de pagină)		
	6.3. Informații despre Regulamentul de Ordine Interioară Pacienți (Care trebuie respectat)		
	6.4. Informații despre dreptul pacientului la o a doua opinie medicală		
	6.5. Informații despre posibilitatea necesității de a schimba pe parcurs tratamentele		
	6.7. Informații despre planul de tratament protetic propus (C. Fișa protetică de laborator dentar)		
	6.8. Informații asupra valorii tratamentelor protetice necesare, stabilite de comun acord		

7. Doresc să fiu informat în continuare despre starea mea de sănătate buco-dentară.

8. Declar că nu sufăr în prezent de nici o boală psihică care îmi afectează discernământul

ACCEPT EFECTUAREA ACTELOR MEDICALE STOMATOLOGICE DESCRISE ȘI EXPLICATE

Subsemnatul(a) / pacient(ă) (reprezentant legal)declar că am înțeles pe deplin toate informațiile de mai sus furnizate mie de către medicul stomatolog (ales și bifat cu X în Tabel cap pagină), că am prezentat medicului stomatolog ales doar informații adevărate, că prin prezentul formular semnat îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actelor medicale stomatologice.

Semnătură pacient(ă) (reprezentant legal) **care consimte informat la efectuarea actelor medicale :**

DATA..... **ORA**.....

SEMNĂTURA.....

Formular obligatoriu afișat în sala de așteptare și pe SITE. Se completează obligatoriu pe verso A. Chestionar Evaluare Stare Generală de Sănătate și B. Consimțământ P.D.C.P.