

Versiunea 2023	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 www.dentistdavid.ro
	Nume și prenume	Profesie / grad	Bifați 1...n medici cu X	
	1 Dr. Svetlana David	Medic specialist stomatolog		
	2 Dr. Voicu A. David	Medic specialist stomatolog		
	3 Dr. S. Alordăchioale, Dr. A. Tudoran	Medici stomatologi - endodonție (colab.)		
	4 Dr. Silvia Stana, Dr. Alexandru Todor	Medici stomatologi - chirurgie orală (colab.)		
	5 Dr. Vasile Dehelean, Dr. Iulian Tircă	Medici stomatologi - chirurgie orală (colab.)		
6 As. Torcoș Gabriela	Asistentă medicală generalistă			

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document este conform reglementărilor identice din U.E. și conform celor din România: Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în sănătate (+normele ulterioare), Legea nr.46/2003 despre drepturile pacientului (+normele ulterioare), Decizia 15/2016 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:	Alt Număr de Identitate
	Cod Numeric Personal:	
	1.2. Domiciliu / reședință :	
2. Reprezentantul legal ptr: - pacienții minori (0-18 ani) - majorii fără discernământ	Contact: Tel. Fix	Tel. Mobil
	E-mail	
	2.1. Nume și prenume:	Cod Numeric Personal
	2.2. Domiciliu / reședință :	
	2.3. Calitate : Părinte al minorului	Reprezentant legal al

3. Actele medicale (descrierea tratamentelor stabilite de medicul stomatolog în funcție de diagnostice și necesități 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, decapuşonări, 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, neadaptate, a dinților migrați irecuperabili, a lucrărilor protetice vechi, necorespunzătoare, etc.
- Tratamente complexe ale afecțiunilor cronice ale gingiei și țesuturilor adiacente: gingivite, parodontite marginale, parodontoză, mobilitate, migrări, etc.
- Tratamente ale afecțiunilor părților moi ale gurii, ale mucoaselor obrazilor, ale limbii, etc.; Diverse tratamente medicamentoase necesare, etc.
- Tratamente de reconstituire a coroanei dentare distruse cu diferite materiale precum : știfturi radiculare, dispozitive prefabricate, coroane, inlay, etc.
- Tratamente de înlocuire a dinților lipsă cu elemente de înlocuire fixe precum: punți dentare din materiale fizionomice, nefizionomice, mixte, 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 (și explicat pe înțelesul meu) următoarele informații în legătură cu starea proprie a sănătății buco-dentare și a actelor medicale propuse, informații existente la data semnării prezentului acord.	BIFAȚI CU X TOATE RĂSPUNSURILE CORESPUNZĂTOARE !:		Da	Nu
	4.1. Datele despre starea de sănătate buco-dentară			
	4.2. Diagnosticul stomatologic existent			
	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 deosebite			
5.2. Consimțământul pentru investigații	5.2. Sunt de acord cu următoarele investigații: radiologie dentară (la firma MedXray), tomografie computerizată (la firma MedXray), consultații medici specialiști, analize etc.			
6. Alte informații importante care mi-au fost furnizate și cu care sunt de acord:	6.1. Informații despre serviciile medicale stomatologice disponibile în cabinete			
	6.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului (Tabel cap de pagină)			
	6.3. Informații despre Regulamentul de Ordine Interioară (pacienți) ce 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 al declar că am înțeles toate informațiile enumerate mai sus și furnizate de către 1.....n medic(i) stomatolog(i), (ales(i) și bifat(i) cu X în Tabel cap pagină) că am prezentat medicilor de mai sus doar informații adevărate, că prin prezentul formular semnat îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actelor medicale stomatologice.

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

DATA.....

SEMNĂTURĂ PACIENT (sau reprezentant legal).....

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