



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE
MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE EFORIE
NORD
Aleea Specială nr.1, Tel. 0241/741082,
Fax 0241/741117,
E-mail secretariat@efosan.ro



CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PACIENT IN AMBULATORIU

Subsemnatul,, cu actul de identitate BI/CI seria, nr., însoțit de aparținătorul legal (dacă este cazul) dl/dna, cu actul de identitate BI/CI seria, nr., declar pe propria răspundere următoarele:

- am fost informat de către medicul curant cu privire la diagnosticul și natura bolii, starea prezentă, alternativele de tratament precum și cel mai indicat în cazul de față, evoluția probabilă cu și fără tratament, complicațiile posibile și tratamentul acestora, beneficiile și riscurile tratamentului propus și am înțeles aceste informații; neprimirea la tratament în cazul refuzului meu de a primi bratara identificatoare la începerea tratamentului
- mă angajez ca, în interesul sănătății mele, să colaborez cu cadrele medicale implicate în investigarea și tratarea mea și să respect următoarele cerințe:
- să declar pe propria răspundere la solicitarea personalului medical condițiile de producere ale unui traumatism (unde este cazul), bolile preexistente importante ale mele și ale familiei mele(antecedente), alergiile la unele medicamente, tratamente folosite în trecut sau în prezent, prezența unui pacemaker sau materialelor de osteosinteză, probleme legate de modul în care suport anumite tratamente balneo-fizicale, modificări ale stării de sănătate apărute în timpul tratamentului; am înțeles că aceste date rămân confidențiale și sunt strict necesare pentru desfășurarea tratamentului meu;
- să respect regulamentul intern, indicațiile legate de îngrijirea mea, să mă preocup numai de situația și tratamentul meu și nu de al altor pacienți;
- sa port bratara identificatoare pe toata perioada tratamentului in Baza de tratament a SCRMBF
- să păstrez cu grijă banii, obiectele de valoare, telefonul mobil sau documentele personale întrucât spitalul nu răspunde de pierderea acestora;
- să respect indicațiile primite de la personalul medical, să efectuez numai tratamentul prescris, să respect regimul alimentar prescris pentru a nu prejudicia investigațiile și tratamentul, să respect orele planificate pentru tratament; înțeleg că nu pot emite pretenții în cazul nerespectării acestor cerințe.
- mi s-au explicat riscurile și beneficiile tratamentelor prescrise și sunt de acord să mi le asum.

Acord de tratament în baza informării

În urma informării mele sunt conștient de necesitatea tratamentului propus și autorizez prin prezenta pe medicul curant mai sus menționat ca în interesul sănătății mele să procedeze la tratamentul pe care îl consideră cel mai adecvat afecțiunii mele, să procedeze conform judecății și deciziei lui profesionale în cazul apariției unor situații neprevăzute asupra cărora eu nu mă pot pronunța. Am înțeles că rezultatul tratamentului depinde de o serie de parametri, din care mulți sunt legați de starea mea de sănătate, că există riscul apariției unor complicații neprevăzute și știu că nu pot solicita garanții ferme privind rezultatul tratamentului.

Fiind tratat într-o clinică (instituție medicală cu profil universitar) sunt de acord ca medicii rezidenți să participe la activitățile de diagnostic, precum și la cele de tratament și îngrijire care îmi sunt prescrise.

Menționez că am fost atenționat/informat în privința existenței unor sectoare cu suprafețe alunecoase, existând riscul de traumatism prin cădere, sectoarele respective având avertizare scrisă în acest sens.

Menționez că nu voi acuza medicii și personalul medical din cauza unor lipsuri care țin de aprovizionare, defecțiuni tehnice sau a eventualelor consecințe (medicale sau altele) care au decurs din ele.

Menționez că în condițiile respectării prezentului acord înțeleg să nu acuz/culpabilizez medicul curant sau personalul medical pentru nerealizarea unor rezultate și îmi asum riscul tratamentului propus.

De asemenea, prin prezenta, îmi exprim acordul fără echivoc ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de SCRMBF Eforie Nord în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul acordării serviciilor medicale de către SCRMB Eforie Nord.

SEMNĂTURA PACIENTULUI.....

DATA.....

SEMNĂTURA APARTINĂTORULUI (DACĂ ESTE CAZUL).....

Aparținătorul legal (soț, soție, părinți, copii, rude prevăzute de lege) poate decide în interesul pacientului dacă acesta nu este conștient, nu este în deplinătatea facultăților mintale (temporar sau definitiv) sau dacă pacientul este minor.

