

## FORMULAR DE CONSIMTAMANT INFORMAT

Subsemnatul \_\_\_\_\_,  
avand domiciliul in localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector/judet \_\_\_\_\_,  
tara \_\_\_\_\_, legitimat(a) cu C.I. (B.I./Passport) seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
in calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului(copilului) CNP (al copilului)  
\_\_\_\_\_, autorizez si permit realizarea tratamentului stomatologic.

**Mentionez ca mi-a fost explicata pe intelesul meu manopera  
stomatologica ce urmeaza a fi efectuata si am fost informat(a) cu privire la  
riscurile ori posibilele accidente si complicatii ale acestei interventii.**

**Am fost informat cu privire la definitia de caz COVID-19 (conform  
CNSBT/27.03.2020), inclusiv la riscul contaminarii mele cu COVID-19, cu  
tot protocolul strict respectat.**

Am fost informat(a) ca prezentul act de accord reprezinta o obligatie a  
medicului, in conformitate cu dispozitiile art. 649 din legea nr. 95/2006 privind  
reforma in domeniul sanatatii.

Certific faptul ca am citit, am inteles si accept pe deplin cele de mai sus si ca  
urmare semnez prezentul consimtamant informat.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Semnatura pacientului/reprezentantului legal)