FORMULAR DE CONSINȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul(a) {{ nume, prenume}}

Având domiciliu în localitatea {{localitatea}} str.{{ strada }}, nr. {{nr}}, bl. {{bloc}}, Sc. {{scara}}, Et. {{etaj}}, Ap. {{apartament}}, (sector sau județ) {{ sector/judet}}, (țara) {{ tara}} legitimat(ă) cu Act(B.I C.I pașaport) seria {{ seria }} nr {nr\_ci}} în calitate de pacient reprezentant legal al pacientului(copilului) cod numeric personal (al copilului) {{cnp}} autorizez și permit realizarea tratamentului stomatologic de urgență.

Menționez că mi-a fost explicată pe înțelesul meu manopera stomatologică ce urmează a fi efectuată.

**Am fost informat privire la definiția de caz COVID-19 (conform CNSBT 27.03.2020), riscurile, posibile accidente și complicații ale tratamentului stomatologic de urgență, inclusiv la riscul contaminării cu COVID-19, cu tot protocolul strict respectat.**

Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație legală a medicului specialist, în conformitate cu dispozițiile art. 649 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezentul consimțământ informat.

{{ semnatura }}

(semnătura pacientului sau reprezentantului legal)

Prin prezenta îmi dau consimțământ, în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, privind protecția datelor personale fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora.

Data completării: {{data}}

Semnătură: {{semnatura }}