~~S1 – Fisa medicala pacient/istoric~~

~~S2 – Fisa Stomatologica~~

~~S2 – Fisa de tratament~~

~~S3 – Fisa paradontala~~

~~S4 – Reteta~~

~~S5 – Bilet de trimitere~~

~~S6 – Scrisoare medicala~~

~~S7 – Adeverinta medicala~~

~~//S8 – Fisa consultatie medic specialist~~

~~S9 – Dosar evidenta lucrarilor~~

~~Formular comanda material stomatologice~~

~~Formular comanda lucrare technician dentar~~

~~+S10 - Consimțământ pacient~~

~~+S15 - Acord pacient informat~~

# FIȘA MEDICALĂ PACIENT

Numele: X(40)

Prenumele: X(40)

C.N.P. 9(13) Sex X(1)

Data nasterii: ziua 9(2) luna 9(2) anul 9(4)

Adresa: X(60)

Localitatea / Judetul: X(20)

Telefon fix: 9(10) mobil: 9(10)

Profesia: X(20) e-mail: X(20)

### Este in interesul dumneavoastra si pentru buna desfasurare a tratamentului pe care il doriti, completarea:

Medicul de familie X(30) Data ultimei consultatii D

Medicul dentist anterior X(30) Data ultimei consultatii D

Ati fost spitalizati X(2) anul 9(4) pentru X(40)

Ati suferit interventii chirurgicale? X(2) anul 9(4) ce anume X(40)

Luati medicamente? X(2) ce anume X(40)

pentru ce X(40)

**Fumator?** Da / Nu

**Aveti reactii alergice?** X(2) la ce?

Anestezie X(2) Antibiotice X(2) Aspirina X(2) Iod X(2) Latex X(2) Nichel X(2)

Altele – mentionati X(40)

**Doar pentru femei:** Insarcinata: da / nu, daca da – luna D Alaptati: da / nu

A inceput menstra? da /nu cand D Anticonceptionale da / nu

S-a instalat menopauza? da / nu cand D

## Aveti sau ati avut urmatoarele probleme medicale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Da | Nu |  | Da | Nu |
| Hipertensiune | X(1) | X(1) | Hipotensiune | X(1) | X(1) |
| Diabet |  |  | Reumatism |  |  |
| Anemie |  |  | Probleme tiroidiene |  |  |
| Astm |  |  | Probleme respiratorii |  |  |
| Artrita |  |  | Hemofilie |  |  |
| Despicaturi labio-maxilo-palatine(buza de iepure) |  |  | Probleme la vorbit |  |  |
| Probleme de auz |  |  | Probleme de vaz/lentile de contact |  |  |
| Probleme cu ficatul |  |  | Alte probleme de  coagulare:\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Boli de stomac |  |  | Boli de rinichi |  |  |
| HIV/SIDA |  |  | Pierderi de greutate |  |  |
| Cancer |  |  | Leucemie |  |  |
| Epilepsie(convulsii) |  |  | Radio/chimioterapie |  |  |
| Deficiente de crestere |  |  | ADHD |  |  |
| Osteoporoza |  |  | Sindroame  genetice X(20) |  |  |
| Boli neurologice sau psihice**\*** |  |  | Tuberculoza |  |  |
| Altele X(20) | | | | | |

**\*nevralgii, depresie, anxietate, fobii, psihoze**

Ati primit injectie? da / nu cand D

Ati avut probleme dupa anestezie? da / nu Cum s-au manifestat? D

Vi s-au facut extractii dentare? da / nu cand D

Ati avut probleme dupa extractii? da / nu Cum s-au manifestat?

Ati suferit interventii chirurgicale la nivelul cavitatii bucale? da / nu cand D

Ati avut probleme dupa? da / nu Cum s-au manifestat? \_\_\_ X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Doar pentru copii/adolescenti:

Inaltimea copilului 9(3) Greutatea copilului 9(3)

A crescut mai repede in ultima vreme? X(2) Cat de mult? 9(3)

Inaltimea rudelor: mama 9(3) tata 9(3)

frati / surori mai mari 9(3)

Deficit de atentie da / nu

## Declar ca nu voi face vinovat medicul dentist sau oricare dintre membrii echipei sale de eventualele omisiuni

**Data** **Semnatura pacientului(tutorelui)**

**\_\_\_D\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# FISA STOMATOLOGICA

Care sunt motivele vizitei la medicul dentist? X(20)

## Va este frica de:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Da | Nu |  | Da | Nu |
| Dentist | X(1) | X(1) | Injectie | X(1) | X(1) |
| Zgomotul frezei |  |  | Durere |  |  |
| Acul de seringa |  |  | Alte zgomote din cabinet |  |  |
| Mirosul unor substante |  |  | Altele | | |

Va sangereaza gingiile cand va spalati pe dinti? Da / nu

De cate ori va periati pe dinti? 9(1)

Aveti in gura inflamatii sau rani care dureaza de mai mult timp? Da / nu

Va muscati des obrajii sai limba? Da / nu

Strangeti sau scrasniti din dinti? Da / nu

Ziua sau noaptea \_\_\_\_X(10)\_\_\_\_\_\_

Ati mai purtat aparat de indreptat dinti? Da / nu Cand? D

Cand deschideti larg gura/mestecati auziti zgomote sau scartaituri in ureche? Da / nu

Ati ramas vreodata blocat cu gura deschisa, fara sa o mai puteti inchide? Da / nu

Ati avut extractii dificile in trecut? Da / nu

Ati avut probleme dupa aceea? Da / nu

Descrieti pe scurt X(20)

Ati avut sangerari puternice dupa extractii? Da / nu

Aveti alte probleme pe care credeti ca ar trebui mentionate in legatura cu starea dvs. de sanatate?

X(100)

### Doar pentru copii/adolescenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Da | Nu |
| A facut vreodata radiografii? Data ultimei radiografii: | X(1) | X(1) |
| Va fi cooperant sau necooperant? |  |  |
| A avut vreodata carii? |  |  |
| Sunt dintii copilului dumneavoastra sensibili la temperatura sau mancare? |  |  |
| A primit vreodata instructiuni referitoare la igiena bucala? |  |  |
| Sangereaza gingiile copilului dumneavoastra cand se spala pe dinti? |  |  |
| Foloseste fluor intr-una din formele urmatoare? Dropsuri, tablete, pasta de dinti |  |  |
| A mostenit caracteristici faciale sau dentare de la vreun parinte sau ruda? Explicati? |  |  |
| A suferit vreodata fracturi sau alte probleme dentare dupa cazaturi? |  |  |
| A suferit vreodata fracturi sau alte probleme faciale / la nivelul maxilarului sau mandibulei? |  |  |
| A folosit copilul dumneavoastra suzeta? |  |  |
| Si-a supt degetul, limba sau alte obiecte? |  |  |

Cine v-a indrumat catre medic? \_\_\_\_\_\_\_ X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relatia dumneavoastra cu copilul \_\_\_\_\_\_ X(100)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Nu voi face vinovat medicul dentist sau oricare dintre membrii echipei sale de eventualele omisiuni

**Data** **Semnatura pacientului**

\_\_\_\_D\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. .....X(50)...................... Data……..D……………………

**FIŞA DE TRATAMENT STOMATOLOGIC NR.: \_9(3)\_**

Numele…………… X(50)………………………………… Prenumele ……… X(50)………………………………………

Domiciliul:judet…… X(50)……………localitatea…………. X(50)………… …str. …… X(20)……nr. ..9(3)..

Profesie……… X(50)…………………..………loc de muncă………… X(50)……………………………………………

C.N.P……………………… 9(13)…………………………..…. tel …………………… X(10)…………………………………

Antecedente heredo-colaterale………………… X(100)………….……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….…..………………………………….

Antecedente personale…………… X(100)………………………………………….……………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………..……………………………………………………………………………………………………….…..…………………………………

Alergii……… X(100)……………………………………………………………………….……..…………………………………..

Motivele prezentarii:…… X(100)…………………………………………………………………………………………….

Tratamente urmate…… X(100)………………………………………………………...……………………………………

Examen dento-parodontal/oglinda dentară/diagnostic schematizat

|  |  |
| --- | --- |
| 1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 | 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 |
|  |  |
| 5.5 5.4 5.3 5.2 5.1 | 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5 |
| 8.5 8.4 8.3 8.2 8.1 | 7.1 7.2 7.3 7.4 7.5 |
|  |  |
| 4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1 | 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8 |

Examenul mucoasei orale………… X(100)…………………………….…………………………………………….……..

E.O.P………………………… X(100)………………………………………………………………………………………..……..

Diagnostic……… X(200)…………………………………………………………………………………………………………….

.....................................................................................................................................................

Plan de tratament…… X(300)………………………………………………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sedinta**  **Nr.** | **Data** | **Regiunea tratata si diagnosticul** | **Tratamentul efectuat** | **OBS.** |
| 9(3) | D | X(50) | X(50) | X(50) |
|  |  |  |  |  |

Unitatea in care are loc consultul Medic ……… X(20)......................

…………X(20)……………………………… Data examinarii ......D................

**FISA PARODONTALA**

Nume, prenume ......... X(60)......................................................................................................

Data nasterii ........D................................... Sex ........ X(10)...............................

Profesia .......... X(20).......................................

Adresa ........... X(60)....................................................................................................................

Acuze parodontale .............. X(30)...............................................................................................

Istoricul bolii .................. X(50)....................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Factori sistemici ............... X(20)..................................................................................................

Examenul exobucal .............. X(30)..............................................................................................

Igiena bucala ....................... X(30)...............................................................................................

Examenul gingiei .................. X(30)..............................................................................................

Examenul tesuturilor moi orale (mucoasa, fren, bride) ........... X(30).........................................

Ocluzia ............... X(30)................................................................................................................

Radiografie .............. X(30)..........................................................................................................

Etiologie: factori locali .......................... X(30).............................................................................

factori ocluzali .............. X(30).....................................................................................

factori sistemici ................ X(30).................................................................................

Indici parodontali: OHI □ 0 □ 1 □ 2 □ 3

CPITN

Indicele de sangerare .............. X(30).......................................................................................

Plan de tratament ................... X(30).......................................................................................

Prognostic: □ foarte bun □ bun □ rezervat □ slab □ foarte slab

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 18 | | 17 | | 16 | | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | | 27 | | 28 | |
| data | D | | D | | D | | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | | D | | D | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| furcatia  VESTIB    retractie  gingivala  mobilitate  (I, II, II)  retractie  gingivala    ORAL  furcatia |  | |  | |  | |  | --------  --------- |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| data |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
|  | 18 | | 17 | | 16 | | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | | 27 | | 28 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| data | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| furcatia  ORAL    retractie  gingivala  mobilitate  (I, II, II)  retractie  gingivala    VESTIB  furcatia |  |  |  |  | --------  --------- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Județul ………X(20)…………………

Localitatea ………X(20)……………

Unitatea ……… X(20)………………

Numele…………X(20)…….……..Prenume…………X(20)………………..

Sex F/M, Vârsta …..9(2)……… Domiciliul:jud. .…… X(20)………....

Localitatea…………X(20)…………………………………………………………..

Strada ………………X(20)……………………………… Nr. ……9(3)………….

Nr. fișă (reg. cons., foaie obs.) ………9(10)……………………………….

Diagnostic ……………X(50)………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

Rp./

X(100)

DS

X(100)

Semnătura și parafa medicului

Data……D……………..

**BILET DE TRIMITERE**

Catre……… X(20)..……………………………………………..

Numele………… X(20).…………………….………………….

Prenumele ……… X(20)…..…………………….……………

C.N.P. ……………9(13)…………………….……………………

Domiciliu………… X(20)……………………….………………

………………….nr. reg. consultatii ………9(10)………

Diagnostic prezumativ………X(150)……………………

………………………………………….……………………………...

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

Rezultatul investigatiilor medicale……X(150)…….

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

………………………………………….………………………………

Data trimiterii: Semnatura si parafa:

.....D............... ............X(20)..............

Furnizor servicii medicale....... X(20)..........................

Medic.............. X(30)..................................................

Specialitatea......... X(20)............................................

Contract CAS............ X(10).........................................

**SCRISOARE MEDICALA**

Domnului/Doamnei dr. .......X(30)..............................................

Stimate(a) coleg(a), va informam ca pacientul dvs…X(30)………… ...................................................nascut la data de………D…………..

CNP............9(13)...................a fost consultat in serviciul nostru

la data de ......D...........

Diagnosticul:.....X(100)................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

Tratamentul recomandat:....... X(100)........................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

....................................................................................................

Data : Semnatura si parafa medicului:

.....D............. ............ X(30)...........................

**ADEVERINTA MEDICALA**

Se adevereste ca……… X(20)..………………………………………….sexul M/F

Numele………… X(20).……………Prenumele ……… X(20)…..…………………

Cu domiciliul in jud. …X(20)……localit……X(20)…str…X(10).…nr…9(3).

Avand ocupatia de………X(20)……………la………X(50)………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este suferind de:…………X(30)……………………….…………………………………..

Se recomanda:…………… X(30)…………………….…………………………………….

S-a eliberat prezenta adeverinta pentru a-i servi la:……… X(10)……….

Data eliberarii: Semnatura si parafa:

Anul…9(4)…luna….9(2)…ziua…9(2)… X(20)

Județul ………………………………………..

Localitatea …………………………………..

Unitatea sanitară …………………………

**FIȘĂ DE CONSULTAȚII MEDICALE**

Nume ……………………………………………… Prenume ……………………………………………. Sexul M/F

Data nașterii: …………………………………………… Starea civilă ………………………………………………..

Domiciliul: localitatea ………………………………….strada ………………………………………. nr ………..

Ocupația ……………………………………………………… Întrep., inst. ……………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schimbări de:

|  |  |
| --- | --- |
| domiciliu | loc de muncă (întrep., inst.) |
| …………………………………………………………........ | ……………………………………………………………….. |
| ………………………………………………………………… | ……………………………………………………………….. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedente: heredo-colaterale …………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

personale ……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Condiții de muncă …………………………………………………………………………………………………………..

CONSULTAȚII MEDICALE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **anul**  **luna**  **ziua** | **Locul \*) con-sultației** | **Simptome** | **Diagnostic** | **Cod** | **Prescripții \*\*)**  **Recomandări** | **Nr. Zile de concediu** |
| **Nr. certificat** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*) C = Cabinet; D = Domiciliu; A = Alte locuri

\*\*) Se trece semnătura și parafa medicului specialist după fiecare consultație

Data:……….D…………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Ziua** | **Nume și prenume** | **Vărsta** | **Loc \*) tratament** | **M.O.C. \*\*)** | **Diagnostic/Simptom** | **Tratament efectuat** | **Medicamente administrate și eliberate gratuit** | **Semnătura beneficiarului** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DOSAR EVIDENTA LUCRARILOR DENTARE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Data** | **Nume pacient** | **Medicul dentist** | **Diagnostic** | **Tratament** | **Tipul lucrarii** | **Detalii suplimentare** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 9(3) | D | X(20) | X(20) | X(20) | X(20) | X(20) | X(20) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**COMANDĂ MATERIALE STOMATOLOGICE NR…9(3)…./… 9(4)…..**

Către

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X(30)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **DATELE FIRMEI** | **ADRESA DE LIVRARE (DACĂ DIFERĂ)/ MODALITATE DE EXPEDIERE** |
| Denumire: ........X(20)................................................  Adresa: str……X(20)………………., nr…9(3)…….  cod poştal: …9(6)…, localitatatea: … X(10)……….  judeţ… X(10)……..  Telefon: ........ 9(10)..................................................  Fax: ....... 9(10).........................................................  E-mail: ....... X(20).....................................................  Departament: ...... X(20)...........................................  Cod fiscal: ......... 9(10).............................................  Numărul de înmatriculare la R.C.: .... 9(10)............  Contul: ....... 9(24)....................................................  Banca: .............. X(20).............................................  Persoana de contact: ..... X(20)............................... | Adresă de livrare (dacă diferă):  ....... X(20)..............................................................  .............................................................................  .............................................................................  .............................................................................  Modalitate de expediere (curierat rapid sau ridicare prin delegat): .... X(20).................................  În cazul în care aţi optat pentru varianta curierat rapid, vă rugăm să specificaţi firma agreată  ..... X(20).................................................................  .............................................................................  Va rugăm să bifaţi modalitatea de plată a transportului:  includerea acestuia în valoarea facturii  plata la beneficiar în momentul livrării |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod** | **Denumire** | **Unitate de ambalare (L; Kg; buc; set)** | **Numar de unitati de ambalare** | **Pret unitar fara TVA (euro)** | **Pret total fara TVA (euro)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 9(6) | X(20) | X(3) | 9(3) | 9(5) | 9(5) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Semnătura şi ştampila

\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMANDĂ LUCRARE TEHNICIAN DENTAR NR…9(3)…./… 9(4)…..**

Către

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X(30)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **DATELE CABINETULUI** | **ADRESA DE LIVRARE (DACĂ DIFERĂ)/ MODALITATE DE EXPEDIERE** |
| Denumire: ........X(20)................................................  Adresa: str……X(20)………………., nr…9(3)…….  cod poştal: …9(6)…, localitatatea: … X(10)……….  judeţ… X(10)……..  Telefon: ........ 9(10)..................................................  Fax: ....... 9(10).........................................................  E-mail: ....... X(20).....................................................  Cod fiscal: ......... 9(10).............................................  Numărul de înmatriculare la R.C.: .... 9(10)............  Contul: ....... 9(24)....................................................  Banca: .............. X(20).............................................  Medic stomatolog: ..... X(20)............................... | Adresă de livrare (dacă diferă):  ....... X(20)..............................................................  .............................................................................  .............................................................................  .............................................................................  Modalitate de expediere (curierat rapid sau ridicare prin delegat): .... X(20).................................  În cazul în care aţi optat pentru varianta curierat rapid, vă rugăm să specificaţi firma agreată  ..... X(20).................................................................  ............................................................................. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod** | **Denumire** | **Unitate de ambalare (L; Kg; buc; set)** | **Numar de unitati de ambalare** | **Pret unitar fara TVA (euro)** | **Pret total fara TVA (euro)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 9(6) | X(20) | X(3) | 9(3) | 9(5) | 9(5) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Semnătura şi ştampila

\_\_\_\_X(20)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Datele pacientului | Numele şi prenumele:  X(20) | | |
| Domiciliul/reşedinţa:  X(20) | | |
| 2. Reprezentantul legal al pacientului\* | Numele şi prenumele:  X(20) | | |
| Domiciliul/Reşedinţa:  X(20) | | |
| Calitatea: X(20) | | |
| 3. Actul medical (descriere) | X(100) | | |
| 4. Au fost furnizate pacientului următoarele informaţii în legătură cu actul medical: |  | Da | Nu |
| Date despre starea de sănătate |  | X(1) | X(1) |
| Diagnostic |  |  |  |
| Prognostic |  |  |  |
| Natura şi scopul actului medical propus |  |  |  |
| Intervenţiile şi strategia terapeutică propuse |  |  |  |
| Beneficiile şi consecinţele actului medical, insistându-se asupra următoarelor: |  |  |  |
| Riscurile potenţiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor: |  |  |  |
| Alternative viabile de tratament şi riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor: |  |  |  |
| Riscurile neefectuării tratamentului |  |  |  |
| Riscurile nerespectării recomandărilor medicale |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Consimţământ pentru recoltare:  Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea şi folosirea produselor biologice. |  |  |
| 6. Alte informaţii care au fost furnizate pacientului : |  |  |
| Informaţii despre serviciile medicale disponibile |  |  |
| Informaţii despre identitatea şi statutul profesional al personalului care îl va trata\* |  |  |
| Informaţii despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte |  |  |
| Pacientul a fost încunoştinţat că are dreptul la o a doua opinie medicală. |  |  |
| 7. Pacientul doreşte să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate. |  |  |

**\*** Se utilizează în cazul minorilor şi majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

**\*** Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijeşte pacientul.

**I)** Subsemnatul, . . X(20)………………………………………………………. . . . . .

(numele şi prenumele pacientului/reprezentantului legal),

declar că am înţeles toate informaţiile furnizate de către . . X(20)……………... . . . . .

(numele şi prenumele medicului/asistentului medical)

şi enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informaţii adevărate şi ***îmi exprim acordul informat*** pentru efectuarea actului medical.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data: . . 9(2) . . ./ . . 9(2) . ./ . 9(4) . . . Ora: . . 9(4) . . . . . Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical |
|  | X(20) |

**II)** Subsemnatul pacient/Reprezentant legal, . . . . . . . . . .declar că am înţeles toate informaţiile furnizate de către . . . . . . . . . . (numele şi prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) şi enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecinţele refuzului actului medical şi ***îmi exprim refuzul*** pentru efectuarea actului medical.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data: . . 9(2). ../ . .9(2). . ./ . 9(4).. Ora: .. 9(4) .. Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical |
|  | X(20) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Tabel cu personalul medical care îngrijeşte pacientul . . . . . . . . . .**  **(numele şi prenumele pacientului)** |  |
|  | **Nr. crt.** | **Numele şi prenumele** | **Statutul profesional** |
|  | 1 | X(20) | X(20) |
|  | 2 |  |  |
|  | 3 |  |  |
|  | 4 |  |  |
|  | 5 |  |  |
|  | . . . |  |  |