

ACORDUL ÎNSOȚITORULUI / APARTINĂTORULUI COPILULUI INTERNAT ÎN CLINICĂ

Numele, prenumele părintelui:
Buletin de identitate B.I. seria Nr
Numele, prenumele pacientului:
Vârsta: ani
F.O. Nr. Data:

1. **Sunt de acord cu efectuarea consultului clinic** pentru stabilirea diagnosticului. Având în vedere că Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj - Napoca este un spital universitar, sunt de acord ca examenul clinic al copilului meu să fie efectuat și de medicii rezidenți și/sau de studenții aflați în stagiu. Consultul de către studenți se va efectua sub supravegherea cadrului didactic universitar sau a medicului curant.

2. **Sunt de acord să se efectueze copilului investigații de laborator**, pentru precizarea diagnosticului (puncție venoasă pentru recoltarea sângelui, examinări radiologice). Sunt de acord ca rezultatele analizelor efectuate pentru stabilirea diagnosticului și tratamentul bolii actuale să fie folosite pentru eventualele studii științifice elaborate în cadrul clinicii.

3. **Consimt și accept tratamentul** administrat pe cale bucală și injectabil (subcutanat, intravenos).

Am fost informat asupra riscurilor, inclusiv infecțios și eventualelor efecte adverse ale medicației.

Pentru precizarea diagnosticului, sunt de acord cu efectuarea investigațiilor suplimentare absolut necesare:

NOTĂ DE INFORMARE

Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii Cluj - Napoca, cu sediul în str. Moșilor nr. 68, prin SERVICIUL STATISTICĂ MEDICALĂ și Oficiul Juridic, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal: numele și prenumele, codul numeric personal și diagnosticul minorilor internați și consultați pentru raportarea la Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar în formă criptată și la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Cluj în formă decriptată. Datele solicitate sunt absolut necesare la completarea Foii de Observație Clinice Generale care constituie documentul medico - legal și în același timp singura modalitate de decontare a serviciilor medicale de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate. Refuzul dvs. de a oferi datele solicitate va conduce la imposibilitatea acordării gratuite a serviciilor medicale de către spital și obligația Dvs. de a achita contravaloarea acestor servicii medicale. Această informare a fost făcută în baza art. 12 alin. 1 din Legea nr. 677/2001. Drepturile Dvs. în raport cu prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată sunt dreptul de acces la date în baza art. 13, dreptul de intervenție în baza art. 14, dreptul de opoziție în baza art. 15, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale în baza art. 17 și dreptul de a se adresa justiției în baza art. 18 din Legea nr. 677/2001.

Persoană de contact: Director Medical Conf. univ. dr. Lazăr Călin, Tel.: 0731.996.001.

Mă angajez ca pe durata internării să respect regulamentul spitalului care mi-a fost adus la cunoștință.

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

Semnătura medicului curant,

Semnătura părintelui / însoțitorului,