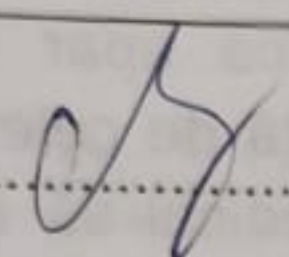


- declar că nu am cunoștință să fiu purtătorul unei boli contagioase sau a unui virus ce poate determina o afecțiune contagioasă;
- nu cunosc să fiu alergic la ceva, cu excepția _____
- mi s-a oferit posibilitatea de a pune întrebări și am primit răspunsuri complete și satisfăcătoare la toate întrebările.

În consecință, solicit și îmi dau consimțământul pentru efectuarea tratamentului, liber și în cunoștință de cauza.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez. În calitate mea de reprezentat legal/aparținător al pacientului îmi asum întreaga responsabilitate în fața familiei acestuia.

X 	Data: 06/09/2019.....	Ora:
 Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical		

II) Subsemnatulpacient/ Reprezentant legal, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

X	Data:/...../.....	Ora:
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical		

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul		
.....		
(numele și prenumele pacientului)		
Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1	DR. ȘTEFAN TIVADAR medic primar chirurg cod: 269384	
2		
3		
4		
5		
6		