



DECLARAȚIE GENERALĂ DE CONSIMȚĂMÂNT

Numele pacientului:

Locul nașterii, an, luna, ziua:

Cod de asigurare socială:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Persoana îndreptățită de a da declarație¹

Regimul juridic/marcarea anexării împuternicirii:.....

Medicul care mă tratează Dr. cu ocazia discuției personale, m-a informat detaliat și personalizat cu privire la:

- starea mea de sănătate, inclusiv aprecierea medicală a acesteia,
- investigațiile și intervențiile recomandate,
- avantajele și riscurile efectuării sau neefectuării investigațiilor și intervențiilor recomandate,
- data planificată a efectuării investigațiilor și intervențiilor,
- dreptul meu decizional cu privire la investigațiile și intervențiile recomandate,
- procedurile și metodele alternative posibile,
- procesul tratamentului și posibilul rezultat al acestuia,
- tratamentele ulterioare, respectiv
- modul de viață recomandat.

Am înțeles și am luat la cunoștință informarea verbală și informarea scrisă cu numărul de identificare² a pacientului, ce aparține declarației de consimțământ.

Am înțeles explicațiile, la întrebările mele referitoare la acestea, am primit răspunsuri satisfăcătoare, ținând seama de împrejurări, mi-a stat la dispoziție timp suficient pentru a alege liber terapia/tratamentul. Medicul care mă tratează, mă va informa în mod corespunzător și permanent cu privire la starea mea și modificările ce intervin în starea mea de sănătate. Am luat la cunoștință faptul că în timpul prezentei informări și ulterior voi avea dreptul de a formula întrebări. ,

Ca rezultat al informării

- Am cunoscut numele, calificarea profesională și funcția persoanelor care au legătură directă cu tratamentul meu.
- Am cunoscut regulamentul interior al instituției medicale, pentru respectarea acestuia voi colabora cu lucrătorii instituției. Am fost informat în legătură cu dreptul meu de a ține legătura cu rudele mele, astfel am cunoștință de aceste drepturi.

¹ Persoana îndreptățită pentru a da declarația:

- Persoana cu discernământ care a fost indicată de către pacientul cu discernământ în acte publice sau documente sub semnătură privată, cu putere probantă deplină. (Legea Sănătății, articolul 16, alineatul 1).
- În cazul în care pacientul nu are discernământ, atunci în ordinea stabilită de lege: soțul sau soția cu discernământ, care are gospodăria comună cu pacientul, concubinul înregistrat, copil sau frate cu discernământ, în lipsa acestora copilul, părintele, frate, străbunică, nepot care nu are gospodărie comună cu pacientul (Legea Sănătății, articolul 16, alineatul 2).

² În cazul în care s-a efectuat informarea în scris a pacientului, vă rugăm să specificați numărul de identificare al informării.

În timpul tratamentului voi respecta prescripțiile medicale, în special prescripțiile referitoare la dieta spitalicească, respectiv medicamentele prescrise anterior, voi folosi doar după informarea prealabilă și indicația medicului.

3. Am fost informat și în legătură cu faptul că am dreptul de a refuza tratamentul, în locul acestuia pot cere un alt tratament. Am luat la cunoștină faptul că această decizie voi putea lua din voință liberă, astfel pentru pagubele produse ca urmare a acestei decizii, medicul care face investigațiile sau care efectuează tratamentul nu va fi răspunzător, pentru că acesta m-a informat cu privire la posibilele consecințe. Am luat la cunoștință și faptul că prin această decizie de a mea, eventual voi îngreuna stabilirea diagnozei exacte, respectiv procesul de vindecare. În cazul în care, ca urmare a neefectuării tratamentului, starea mea de sănătate s-ar înrăutăți considerabil sau s-ar produce o degradare permanentă a acesteia, voi putea refuza tratamentul doar printr-un înscris autentic (autentificat de notar) sau prin act sub semnătură privată cu putere probantă deplină (scris de mână și semnat, scris cu mașina de scris, semnat și autentificat prin semnătura a doi martori). Nu voi putea refuza tratamentul, dacă prin acest refuz pun în pericol sănătatea sau integritatea corporală a celorlalți.
4. Am fost informat că am dreptul de a studia documentația ce conține informații legate de mine, voi putea formula cerere în scris în vederea obținerii unei copii al acestei documentații, cheltuielile aferente cad în sarcina mea.
5. Am dreptul – prin completarea declarației referitoare la aceasta – la desemnarea persoanei/persoanelor care vor fi informate de către medic în legătură cu starea mea de sănătate, respectiv la menționarea acelor persoane care nu vor avea acces la informații referitoare la starea mea și tratamentul efectuat.
6. Voi putea părăsi oricând instituția medicală, intenția mea în acest sens va trebui să comunic obligatoriu și prealabil medicului care mă tratează, printr-o declarație în formă scrisă. În cazul în care părăsesc instituția medicală fără înștiințare, răspunderea va fi a mea.
7. Am fost informat asupra faptului că voi putea face reclamație în legătură cu tratamentul primit la directorul unității, în cunoașterea și valorificarea drepturilor mele voi primi ajutor de la reprezentantul drepturilor pacienților, identitatea acestuia și modul în care voi putea lua legătura cu el vor fi afișate.
8. Am fost informat asupra faptului că, Centrul Clinic Szent-Györgyi Albert din cadrul Facultății din Szeged, a fost desemnată instituția rețelei medicale de aprovizionare pentru calificare specialiști, astfel în timpul tratamentului meu poate fi prezent cu scopul de calificare specialiști, medicul, studentul la medicină, cadrul medical specialist, studentul de la un institut de învățământ sanitar superior, elevul de la școala profesională sanitară sau elevul unui liceu sanitar.
9. Îmi dau/nu îmi dau consimțământul (răspunsul va fi subliniat) ca pe banderola de identificare pacient să fie indicată numele meu și data mea de naștere.
10. Am fost informat ca în legătură cu intervenția, am posibilitatea retragerii acestui consimțământ general (în favoarea medicului care mă tratează scris de mână și semnat, scris cu mașina de scris, semnat și autentificat prin semnătura a doi martori). Am înțeles faptul că retragerea consimțământului fără vreun motiv temeinic va putea duce la obligarea mea de a achita cheltuielile întemeiate, apărute din această cauză.

Szeged,

.....
Semnătura pacientului

.....
semnătura persoanei îndreptățite
de a da declarație

.....
semnătura medicului
L.S.