

ACORD INFORMAT

la intervențiile medicale stomatologice administrate în cadrul IMSP Centrul Stomatologic Municipal de Copii la sectorul școlar-preșcolar conform ordinului Ministerului Sănătății nr. 303 din 06 mai 2010

Eu, subsemnatul(a) _____, prin prezentul (a) îmi exprim acordul (consimțământul) la asistența medicală stomatologică **pediatică**, conform prevederilor Programului Unic de Asigurări Obligatorii de asistență medicală stomatologică și anume:

- consultație profilactică (examinarea cavității bucale, recomandări privind igiena cavității orale, periajul dentar, detartraj dentar, aplicarea remediilor profilactice (fluor, calciu, etc.), sigilarea fisurilor, obturarea cu materiale simple a defectelor coronariene provocate de carie dentară și complicațiile ei);
- asistența medicală stomatologică de urgență (terapeutică).

Am fost informat detaliat, într-un limbaj accesibil, despre necesitatea intervenției medicale stomatologice **profilactic-terapeutice** preconizate, efectul lor, inclusiv beneficiile și riscurile acestora. Sunt de acord cu decizia medicului stomatolog **terapeut-pediatru** (din instituția preșcolară/preuniversitară) referitor la tactica, metoda de tratament aplicată, și îmi exprim benevol consimțământul pentru efectuarea procedurilor descrise.

Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite de la medicul stomatolog **terapeut pediatru**.

Data _____

Semnătura pacientului (reprezentantul legal) _____

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data _____ Semnătura medicului _____



