№ 5

Acord (consimțământul informațional)

la intervențiile medicale stomatologice administrate
în cadrul IMSP Centrul Stomatologic Municipal de Copii
conform ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 303 din 06.05.2010

Eu, subsemnatul (a) _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) la tratamentul **terapeutic**, caracterul și scopul căruia mi-au fost explicate și propuse de medicul **terapeut pediatru**. Am fost imformat detaliat într-un limbaj accesibil despre necesitatea intervenției medicale stomatologice **terapeutice** preconizate /inclusiv anestezia/, efectul lor, inclusiv beneficiile și riscurile acestora. Sunt de acord cu decizia medicului stomatolog **terapeut** referitor la tactică, metodele de diagnosticare (radiologie), metoda de tratament aplicată, costul și eficiența acestora.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul specialist și binevol îmi exprim consimțământul conștient 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 adresării	Pacientul sau reprezentantul legal al pacientului	Semnătura medicului stomatolog terapeut: Confirm, că am explicat pacientului scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data adresării	Pacientul sau reprezentantul legal al pacientului	Semnătura medicului stomatolog terapeut: Confirm, că am explicat pacientului scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.