

**ACORDUL PACIENTULUI PENTRU TRATAMENT
ÎN CONFORMITATE CU REGLEMENTĂRILE UNIUNII EUROPENE
ALE LEGII NR. 95 / XV / 2006 ȘI A NORMELOR ULTERIOARE**

Subsemnata(ul) (completați cu majuscule)..... domiciliat(ă) în.....
str..... nr..... bl..... în calitate de pacient (tutore al minorului.....)
născut(ă) în data de în localitatea..... județul..... țara.....
telefon fix..... telefon mobil..... e-mail.....

Am declarat medicului stomatolog curant toate antecedentele mele medicale cunoscute, afecțiunile generale și locale de care sufăr, cu care sunt în tratament, medicamentele curente pe care le consum, toate consemnate în **fișa de stare generală de sănătate** completată de mine (pe partea opusă a prezentului acord).

Am luat la cunoștință despre propriile diagnostice stomatologice complexe stabilite per dinte și / sau per arcadă, despre natura, scopul, posibilitățile și limitele tratamentelor de specialitate, despre alternativele viabile de tratament, despre riscurile și consecințele acestora. Am fost informat despre prognosticul și evoluția afecțiunilor de care sufăr fără aplicarea la timp a tratamentelor propuse de medic.

Natura și scopul tratamentelor ce vor urma sunt: îndepărtarea durerilor, a focarelor de infecție, restaurarea funcțiilor deficitare: masticăția, deglutiția, fizionomia, vorbirea, estetica facială, etc.

În cadrul planului de tratament am fost informat și îmi dau consimțământul pentru una, mai multe sau toate din următoarele acte medicale descrise pe scurt mai jos, stabilite de medic în funcție de diagnosticul și necesitățile mele de tratament.

- Tratamente profilactice și de întreținere a sănătății orale, precum învățarea igienei corecte, controale anuale preventive,
- Tratamente de calmare a durerii și reducere a inflamației precum anestezii, calmante, devitalizante, drenaje, antibiotice,
- Tratamente ale infecțiilor osului și țesuturilor vecine precum extracții, incizii, rezecții, decapușonări, mici intervenții chirurgicale,
- Tratamente de îndepărtare a cariilor dentare și ale altor leziuni și înlocuirea acestora cu diferite materiale de obturație, etc.
- Tratamente de îndepărtare a nervului (pulpei) infectat, de dezinfectare repetată și obturare a canalelor radiculare, etc.
- Tratamente de îndepărtare a tartrului, a obturațiilor vechi, neadaptate, a lucrărilor protetice necorespunzătoare, etc.
- Tratamente complexe ale afecțiunilor gingivale și țesuturilor adiacente : gingivite, parodontite, parodontoze, migrări, etc.
- Tratamente ale afecțiunilor părților moi ale gurii, ale mucoaselor, ale limbii, etc.; Diverse tratamente medicamentoase, etc.
- Tratamente de reconstituire a coroanei dentare distruse prin diferite materiale, știfturi, pivoturi, dispozitive, coroane, etc.
- Tratamente de înlocuire a dinților lipsă prin elemente de înlocuire fixe: punți dentare din diferite materiale, implantate, etc.
- Tratamente de înlocuire a dinților lipsă prin elemente de înlocuire mobile: proteze parțiale, totale, scheletate, etc.

Prin prezenta declar că sunt de acord cu planul de tratament propus de medicul stomatolog, cu toate etapele sale, cu tratamentele efectiv realizate de medicii stomatologi și angajații / colaboratorii acestora (asistente medicale, tehnicieni dentari, etc.) cu eventualele modificări impuse pe parcurs de evoluția afecțiunilor, cu complicațiile și riscurile în general acceptate ale metodelor de investigație, diagnostic și tratament.

În cazul unei schimbări majore de stare generală de sănătate, de diagnostice sau în planul de tratament, inclusiv prin evoluția neprevăzută și nefavorabilă a afecțiunilor locale, sunt de acord să semnez un nou formular de acord, adecvat noilor situații.

Înțeleg că prin ne-urmarea etapelor de tratament îmi asum riscurile și consecințele ca toate afecțiunile mele să progreseze și să se înrăutățească, până la pierderea completă a funcțiilor menționate în paragraful 3.

Sunt de acord să respect întocmai toate recomandările medicale, regulamentul de funcționare al cabinetului, programările și secvența acestora, onorariile / tarifele afișate ale diferitelor tipuri de tratamente și restaurări, alese și stabilite de comun acord împreună cu medicul stomatolog curant.

Am luat la cunoștință și înțeleg pe deplin conținutul prezentului Acord al pacientului pentru tratament și îl semnez în cunoștință de cauză liber(ă) și nesilit(ă) de nimeni.

DATA

**SEMNĂTURĂ PACIENT
(TUTORE AL MINORULUI)**

.....

.....