



	păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului			
Informații despre serviciile medicale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata**)			
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte			
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.			
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.			

\*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

\*\*\*) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

I) Subsemnatul, ..... (numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal) ..... declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către ..... (numele și prenumele medicului / asistentului medical) ..... și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

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

II) Subsemnatul pacient / 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		
2		
3		
4		
5		
...		