

Formular consimțământ informat

Formular de exprimare a acordului pacientului informat

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin		

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

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