

**INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE
IAȘI**



Str. G-ral Henri Mathias Berthelot nr.2 – 4
Cod Fiscal 29067408
Operator date cu caracter personal:21677
Tel. 0374278810, Fax 0374278802
www.iroiasi.ro; e-mail: oncoiasi@iroiasi.ro



DECLARAȚIE

PACIENTUL.....(nume, prenume)
CNP.....CI/BI, SERIA.....NR.....
DOMICILIUL.....
.....
INTERNAT LA SECTIA.....

Declar pe propria răspundere următoarele:

1. Solicit asistență medicală cu plata, la cerere, conform prevederilor art. 237 alin (1) lit. j) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, afecțiunea mea nefiind una de natură oncologică.
2. Am fost informat asupra naturii și scopului intervenției chirurgicale, a beneficiilor, dar și a prejudiciilor previzibile, cât și asupra implicațiilor și riscurilor posibile.
3. Solicit ca asistența medicală să-mi fie asigurată de către Dl. Dr. _____, pe care îl aleg ca medic curant.
4. Certific că mi s-au citit, am înțeles și imi asum pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Data: _____

Nume, prenume, semnătura

