

## Consimțământ informat

### Asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice

Numele.....prenumele.....domiciliul.....

.....resedinta..... m-am

prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate, pentru precizarea unui diagnostic și formarea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am, de a cere prezenta unei alte persoane (reprezentant personal), pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnosticată sau un tratament cu care nu sunt de acord.

AUTORIZEZ medicii, psihologii și personalul medical al Clinicii No addict să efectueze toate investigațiile și procedurile necesare, în contextual legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Am luat la cunoștință posibilitatea retragerii acestui consimțământ informat, atunci când nu voi mai dori să beneficiaz de serviciile clinicii.

Am luat la cunoștință că această consultație se supune legilor din România.

Am fost informat și accept să nu înregistrez și/sau să difuzez această sesiune (consultație) video online.

Am citit(mi s-a citit) am înțeles cele scrise mai sus și SUNT DE ACORD CU ACESTEA.

Semnătura pacientului

Data

Reprezentant personal / legal Nume.....Prenume.....

Semnătura.....