

Sos. Chitilei, Nr. 18, Sector 1 BUCURESTI

e-mail: [anemonamed@gmail.com](mailto:anemonamed@gmail.com) TEL: 0773.78.33.81

Telefon fix: 031.425.29.44

## **LISTA PRETURI : DR. CURSARU RALUCA DIABET, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE**

<b><u>COD</u></b>	<b><u>DENUMIRE</u></b>	<b><u>PRET</u></b>
53	Consultatie initiala diabet	250 lei
4	Consultatie diabet (control)	200 lei
	Montare senzori glicemie	250 lei
	Consultatie nutritie (initiala)	300 lei
	Consultatie nutritie (control)	250 lei

## FORMULAR DE CONSIMTAMANT

Subsemnata .....domiciliata in  
.....posesor al CI  
Seria..... Nr.....CNP..... consimt la efectuarea  
procedurilor diagnostice uzuale

- . consultatie
- . probe genitale, PAP
- . recoltare de sange si alte produse biologice pentru analize medicale diagnosticului bolii sau urmarii evolutiei acesteia cat si a adaptarii tratamentului
- . ecografii
- . colposcopii, vaginoscopii, vulvescopii
- . monitorizari cardiocografice
- . investigatii radiologice
- . mici interventii chirurgicale

Consimt la aplicarea masurilor diagnostice si terapeutice considerate necesare de catre medici pentru optimizarea tratamentului. Natura, scopul, beneficiile si riscurile investigatiilor si ale tratamentului mi-au fost explicate pe intelesul meu. Voi respecta indicatiile terapeutice si regulamentul de ordine interioara al cabinetului.

Precizez ca respect noile circuite referitor la notiunea de contact sau pacient cu risc COVID19 si nu incalc reglementarile in vigoare privind bolile infecto-contagioase.

Imi exprim acordul ca datele personale sa fie stocate in baza de date a clinicii si adresa de mail sa fie utilizata pentru comunicarea informatiilor medicale, privind starea mea de sanatate. De asemeni, imi exprim acordul de a fi filmat in incinta unitatii medicale, holurile si receptia fiind monitorizate video, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

Consimt ca sunt responsabil/a pentru ridicarea personala a rezultatelor din receptia clinicii.

Certific ca am citit, inteles si accept pe deplin cele de mai sus si ca urmare le semnez.

SEMNATURA PACIENT/REPREZENTANT LEGAL

DATA: 12.02.25