

## LISTA PRETURI : DR. SERBOIU CRENGUTA MEDIC RADIOLOG

NUME SI PRENUME:

DATA: 06.03.25

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
54	ECOGRAFIE TIROIDA	300 RON
8	ECOGRAFIE TRANSABDOMINALA (ABDOMEN)	350 RON
67	ECOGRAFIE ABDOMEN+PELVIS	500 RON
68	ECOGRAFIE PELVIS	350 RON
7	ECOGRAFIE TRANSVAGINALA	400 RON
36	ECOGRAFIE SAN BILATERAL	400 RON
37	ECOGRAFIE SAN UNILATERAL	250 RON
217	ECOGRAFIE PARTI MOI	300 RON
16	POZE ECO x _____ buc	10 RON / buc
ALTELE:		

## 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: 06.03.25