

## OBSTETRICA - GINECOLOGIE

### LISTA PRETURI : DR. TEODOR OANA

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
1	CONSULTATIE OBSTETRICA SI GINECOLOGIE	250 RON
35	CONS. GINECOLOGICA SI SENOLOGICA	300 RON
38	CONS. CUPLU/PLANING FAM.	330 RON
230	COSULTATIE SARCINA CU EVALUARE FETALA PARACLINICA	300 RON
	CONSULTATIE GINECOLOGICA PARACLINICA	250 RON
3	CONSULTATIE INFERTILITATE	330 RON
4	CONTROL	150 RON
5	CITIRE ANALIZE	100 RON
10	MICI INTERVENTII CHIRURGICALE	330 RON
11	EXTRAGERE FIR SUTURA POSTOPERATOR	100 RON
12	MONITOR CTG	150 RON
13	INJECTIE INTRAMUSCULARA CU SUBSTANTA	100 RON
14	INJECTIE INTRAVENOASA PERFUZABIL MONTARE BRANULA	150 RON
7	ECOGRAFIE TRANSVAGINALA	250 RON
9	ECOGRAFIE SARCINA TRIMESTRUL I, II, III	250 RON
40	PANSAMENT	100 RON
41	APLICATIE VAGINALA MEDICAMENTOASA / IRIGATIE VAGINALA ANTISEPTICA	150 RON
34	TEST SARCINA	55 RON
16	POZE ECO x _____ buc	10 RON / buc
17	CD / DVD	30 RON
43	EXAMEN NATIV AL COLULUI	100 RON
44	EXAMEN NATIV VULVA, VAGIN, COL	125 RON
45	AVORT MEDICAMENTOS	500 RON
46	TEST MEMBRANE RUPTE	200 RON
47	GLUCOZA	50 RON
49	RECOLTARE PROBE BIOLOGICE	50 RON
72	MONTARE/EXTRAGERE STERILET-procedura	500 RON
74	CONSUMABILE montare/extragere sterilet	250 RON
	CHIURETAJ BIOPsic (fractionat)	400 RON
	CONSUMABILE – chiuretaj biopic	200 RON
	ALTELE: - piesa mica (1-3 blocuri) endocol	165 RON
	- piesa mica (1-3 blocuri) exocol	165 RON

## 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: 28.02.25