

LISTA PRETURI : PROF. DR. BRATU OVIDIU-GABRIEL UROLOGIE

| <i>COD</i> | <i>DENUMIRE</i> | <i>PRET</i> |
|------------|---|---------------------|
| 204 | CONSULTATIE UROLOGIE | 400 RON |
| | CONSULTATIE CUPLU | 500 RON |
| 205 | ECOGRAFIE APARAT URINAR | 300 RON |
| 206 | ECOGRAFIE APARAT GENITAL | 350 RON |
| 207 | ECOGRAFIE TRANSRECTALA | 500 RON |
| 208 | INTERPRETARE INVESTIGATIE IMAGISTICA UROLOGICA | 250 RON |
| 49 | RECOLTARE ANALIZE | 50 RON |
| 209 | URETROCISTOGRAFIE | 650 RON |
| | RADIOGRAFIE RENALA SIMPLA | 300 RON |
| 27 | INTERPRETARE ANALIZE DE LABORATOR | 150 RON |
| 11 | EXTRAGERE FIR SUTURA | 150 RON |
| 13 | INJECTIE INTRAMUSCULARA CU SUBSTANTA | 100 RON |
| 14 | INJECTIE INTRAVENOASA PERFUZABIL MONTARE BRANULA | 150 RON |
| 40 | PANSAMENT | 100 RON |
| 210 | SUPRIMARE SONDA VEZICALA | 100 RON |
| 211 | MONTARE SONDA VEZICALA | 150 RON |
| | Lubragel (gel steril cu lidocaina) | 15 RON |
| 16 | POZE ECO x_____buc | 10 RON / buc |
| 17 | CD / DVD | 30 RON |
| 212 | DILATATIE URETRALA | 300 RON |
| 30 | EVALUARE POSTOPERATORIE | 200 RON |
| | TAXA URGENTA | 270 RON |
| 213 | Instilatii intravezicale (pretul nu include substanta) cu: | |
| | • Chimioterapic | 450 RON |
| | • Acid hialuronic | 450 RON |
| | • BCG | 650 RON |
| 214 | Schimbare/Montare Stent ureterale-procedura | 400 RON |
| 215 | Schimbare/Montare Stent ureterale-consumabile | 300 RON |
| | Uretrografie retrograda | 900 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 cardiotocografice
- . 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: 03.03.25