

LISTA PRETURI : DR. Voicu Diana

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
1	CONSULTATIE OBSTETRICA SI GINECOLOGIE	300 RON
35	CONS. GINECOLOGICA SI SENOLOGICA	380 RON
38	CONS. CUPLU/PLANING FAM.	350 RON
230	COSULTATIE SARCINA CU EVALUARE FETALA PARACLINICA	350 RON
	CONSULTATIE PARACLINICA	250 RON
3	CONSULTATIE INFERTILITATE	350 RON
4	CONTROL	200 RON
5	CITIRE ANALIZE	200 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	300 RON
9	ECOGRAFIE DE SARCINA CU EVALUAREA ANATOMIEI FETALE	400 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

Subsemnatadomiciliata 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: 14.03.25

ANEMONA MED

Sos.CHITILEI Nr.18 Sector 1 BUCURESTI Telefon fix: 031.425.29.44 e-mail: anemonamed@gmail.com

Nume si prenume:

Data: 07.02.25

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
58	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I CU MORFOLOGIE	700 RON
	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I CU MORFOLOGIE (gemelara)	1000 RON
64	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I (Doppler)	700 RON
59	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II CU MORFOLOGIE	700 RON
	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II CU MORFOLOGIE (gemelara)	900 RON
65	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II (Doppler)	700 RON
60	ECOGRAFIE TRIMESTRUL III CU MORFOLOGIE	500 RON
66	ECOGRAFIE TRIMESTRUL III (Doppler)	500 RON
7	ECOGRAFIE TRANSVAGINALA	300 RON
16	POZE ECO	10 RON
17	REEVALUARE	300 RON
18	AMNIOCENTEZA	500 RON
	CALCUL DUBLU TEST FMF(ASTRAIA)	200 RON
	SUPLIMENT SARCINA GEMELARA	350 RON
	BIOMETRIE FETALA	400 RON
ALTELE:		

FORMULAR DE CONSIMTAMANT

Subsemnatadomiciliata 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:14.03 25