

LISTA PRETURI : DR. VASILESCU SORIN

OBSTETRICA - GINECOLOGIE

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
1	CONSULTATIE OBSTETRICA SI GINECOLOGIE	350 RON
35	CONS. GINECOLOGICA SI SENOLOGICA	380 RON
38	CONS. CUPLU/PLANING FAM.	350 RON
2	COSULTATIE SARCINA CU EVALUARE FETALA	350 RON
3	CONSULTATIE INFERTILITATE	350 RON
4	CONTROL	250 RON
5	CITIRE ANALIZE	150 RON
6	COLPOSCOPIE	350 RON
7	ECOGRAFIE TRANSVAGINALA	350 RON
36	ECOGRAFIE SAN BILATERAL	250 RON
37	ECOGRAFIE SAN UNILATERAL	150 RON
8	ECOGRAFIE TRANSABDOMINALA	350 RON
9	ECOGRAFIE SARCINA TRIMESTRUL I, II, III	350 RON
39	ECOGRAFIE SARCINA GEMELARA I, II, III	450 RON
60	ECOGRAFIE SARCINA TRIMESTRUL III, CU MORFOLOGIE	550 RON
10	MICI INTERVENTII CHIRURGICALE	400 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
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
49	RECOLTARE PROBE BIOLOGICE	50 RON
70	SONOHISTEROSALPINGOGRAFIE-procedura	600 RON
71	CONSUMABILE/SUBSTANTA PENTRU INSTALARE	500 RON
72	MONTARE/EXTRAGERE STERILET/PESAR-procedura	500 RON
73	CONSUMABILE montare/extragere sterilet/pesar	250 RON
45	AVORT MEDICAMENTOS	500 RON
	TAXA DE URGENTA	250 RON
	Holter TA	400 RON
	CHIURETAJ/ASPIRAT (procedura)	1000 RON
	CHIURETAJ/ASPIRAT (consumabile)	500 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: 06.04.2026