

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

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
204	CONSULTATIE UROLOGIE	450 RON
	CONSULTATIE CUPLU	550 RON
205	ECOGRAFIE APARAT URINAR	350 RON
206	ECOGRAFIE APARAT GENITAL	400 RON
207	ECOGRAFIE TRANSRECTALA	500 RON
208	INTERPRETARE INVESTIGATIE IMAGISTICA UROLOGICA	300 RON
49	RECOLTARE ANALIZE	50 RON
209	URETROCISTOGRAFIE	1000 RON
	RADIOGRAFIE RENALA SIMPLA	300 RON
27	INTERPRETARE ANALIZE DE LABORATOR	200 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	200 RON
211	MONTARE SONDA VEZICALA	250 RON
	Lubragel (gel steril cu lidocaina)	15 RON
16	POZE ECO x _____ buc	10 RON / buc
17	CD / DVD	30 RON
212	DILATATIE URETRALA	400 RON
213	Instilatii intravezicale (pretul nu include substanta) cu:	
	• Chimioterapic	600 RON
	• Acid hialuronic	600 RON
	• BCG	900 RON
214	Schimbare/Montare Stent ureterale-procedura	500 RON
215	Schimbare/Montare Stent ureterale-consumabile	400 RON
	Uretrografie retrograda	1500 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: 06.04.2026