

LISTA PRETURI : DR. KLEIN ADRIANA

MEDIC RADIOLOG

NUME SI PRENUME:

DATA: 14.07.2026

<i>COD</i>	<i>DENUMIRE</i>	<i>PRET</i>
7	ECOGRAFIE TRANSVAGINALA	400 RON
8	ECOGRAFIE TRANSABDOMINALA	400 RON
67	ECOGRAFIE ABDOMEN+PELVIS	600 RON
68	ECOGRAFIE PELVIS	400RON
58	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I CU MORFOLOGIE	550 RON
	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I CU MORFOLOGIE (gemelara)	850 RON
64	ECOGRAFIE TRIMESTRUL I (Doppler)	450 RON
59	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II CU MORFOLOGIE	650 RON
	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II CU MORFOLOGIE (gemelara)	950 RON
65	ECOGRAFIE TRIMESTRUL II (Doppler)	550 RON
60	ECOGRAFIE TRIMESTRUL III CU MORFOLOGIE	600 RON
66	ECOGRAFIE TRIMESTRUL III (Doppler)	550 RON
16	POZE ECO	10 RON
49	RECOLTARE ANALIZE	50 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: 14.07.2026