

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/a: \_\_\_\_\_

cu CNP \_\_\_\_\_ *declar pe propria răspundere și sub sancțiunile prevăzute de art.326 din Codul Penal privitor la falsul în declarații, următoarele:-----*

Nu am călătorit în ultimele 14 zile în zone cu risc ridicat de infectare cu Coronavirus(roșii/galbene);

Nu am intrat în contact direct cu persoane care au simptome sau care au călătorit în zone cu transmitere comunitară extinsă;

Nu am intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu Coronavirus (COVID-19).

DATA \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA

Subsemnatul/a declar că, în conformitate cu cerințele Regulamentului(UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogarea Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor - RGPD) sunt de acord ca datele mele personale pe care le furnizez sau pe care le furnizează, după caz, un membru al familiei mele ori o alta persoana. Totodată, am luat act de faptul că datele mele cu caracter personal sunt transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice, ori private ale căror activități sunt incidente în activitatea medicală sau care au legătură directă ori implicită cu instrumentarea actului ori procedurii medicale și care, la rândul lor sunt operatori de date cu caracter personal. Scopul colectării datelor îl constituie instrumentarea actului/procedurii medicale potrivit prezentului acord. Aceste informații vor putea fi introduse de medic în baza sa de date sub orice formă materială (pe suport de hârtie) și electronică.

Menționez că mi s-a adus la cunoștință că refuzul furnizării acestor date determina imposibilitatea inițierii sau, după caz, finalizării actului ori procedurii medicale.

SEMNĂTURA

## FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul \_\_\_\_\_, având domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_, et. \_\_, ap. \_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_, țara \_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu C.I.(B.I./Passport) seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului(copilului) CNP (al copilului) \_\_\_\_\_, autorizez și permit realizarea tratamentului stomatologic.

***Menționez că mi-a fost explicată pe înțelesul meu manopera stomatologică ce urmează a fi efectuată și am fost informat(ă) cu privire la riscurile ori posibilele accidente și complicații ale acestei intervenții.***

***Am fost informat cu privire la definiția de caz COVID-19 (conform CNSBT/27.03.2020), inclusiv la riscul contaminării mele cu COVID-19, cu tot protocolul strict respectat.***

Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație a medicului, în conformitate cu dispozițiile art. 649 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Certific faptul că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezentul consimțământ informat.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(semnătura pacientului/reprezentantului legal)

### Chestionar

Nr. crt.	Întrebare	DA	NU
1.	Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos?		
	- febră	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- respirație greoaie/dificultăți în respirație/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- frisoane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri musculare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de gât	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- greață, diaree, vărsături	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pierdere de gust sau miros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Care sunt bolile de care suferiți?		
	...		

Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și a art. 34 lit. m) din H.G. nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Nume și prenume: \_\_\_\_\_

Data completării: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_