

Date *pacient*

A SE COMPLETA LA PRIMA VIZITĂ · IUNIE 2026

1 IDENTITATE

NUME ȘI PRENUME _____ DATA NAȘTERII _____

CNP _____ TELEFON _____

EMAIL _____

ADRESA _____

2 MEDIC TRIMIȚĂTOR

NUME MEDIC _____ CABINET / CLINICĂ _____

TELEFON _____ EMAIL _____

3 ISTORIC MEDICAL RELEVANT

Alergii medicamentoase cunoscute _____

Istoricul radiografiilor recente (≤ 12 luni) _____

Sarcină / suspiciune sarcină Da NuAparat ortodontic activ Da NuImplanturi metalice / pacemaker Da NuTratamente oncologice în curs Da Nu

Alte condiții medicale relevante _____

Acordul *pacientului*

VĂ RUGĂM SĂ CITIȚI CU ATENȚIE

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Confirm că am fost informat(ă) despre beneficiile și riscurile asociate radiațiilor ionizante și consimt voluntar la efectuarea investigației solicitate de medicul trimițător. Înțeleg că diagnosticul și planul de tratament sunt de competența exclusivă a medicului meu curant.

4 CONFIRMARE

NUME PACIENT (SAU APARȚINĂTOR) _____ CALITATE _____ DATA _____

SEMNĂTURĂ PACIENT _____ SEMNĂTURĂ OPERATOR _____