



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND EXTERNAREA LA CERERE

Subsemnatul/a _____,

identificat/ă cu _____, seria _____, numărul _____, CNP _____,

în calitate de (vă rugăm să completați una din cele trei variante de mai jos):

☐ **pacient internat** în secția _____ a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

☐ **reprezentant legal al copilului** _____ (nume și prenume),

în vârstă de _____ ani, CNP _____, internat în secția _____ a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

☐ **reprezentant legal al pacientului (în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide)**

Nume și prenume pacient _____

Pacient internat în secția _____

CNP pacient _____

Declar că am fost informat cu privire la consecințele/riscurile potențiale asupra stării de sănătate și contrar indicațiilor medicului curant _____ (nume și prenume medic curant), refuz să mai primesc asistență medicală în cadrul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași și solicit externarea la cerere în data de _____

(Data)

(Semnătura pacientului/reprezentantului legal
care solicită externarea la cerere)

În cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi:

Subsemnatul, _____ (numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular de consimțământ privind externarea la cerere, a fost citit de către _____ (numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal acordul pentru externarea la cerere, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: _____

(Data)

(Semnătura martorului)