

SC Cabinet Medical Boana SRL  
Str. Erou Ciprian Pinte, nr. 17  
CUI: 6236249  
[www.medicaltop.ro](http://www.medicaltop.ro)

## FORMULAR DE CONSIMTAMANT TESTARE LA EFORT

Subsemnatul \_\_\_\_\_ domiciliat in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, legitimat cu C.I serie \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ in  
calitate de:

1. Pacient al clinicii „Medical Top,, cu sediul in mun. Bacau, str. Erou Ciprian pinte nr. 17,  
specialitatea \_\_\_\_\_, medic specialist \_\_\_\_\_
2. Reprezentant legal al copilului \_\_\_\_\_ in varsta de \_\_\_\_\_
3. Apartinator (sot, sotie, frate, sora, etc) al pacientului \_\_\_\_\_

### **DECLAR PE PROPRIA RASPUNDERE SI IN DEPLINA CUNOSTINTA DE CAUZA CA SUNT DE ACORD CU EFECTUAREA TESTARII LA EFFORT al pacientului :**

Metodologia de testare, natura, scopul beneficiile si riscurile efectuării acestei investigatii precum si a  
celorlalte optiuni investigative mi-au fost explicate pe intelesul meu de catre doctorul  
\_\_\_\_\_, pe care il imputernicesc pentru a efectua investigatia specificata mai  
sus, eventual ajutat de personalul medical specificat de acesta.

Mi s-a prezentat scopul si modul in care se va desfasura testul, riscurile asociate testului, precum si  
riscurile imprezibile (aritmii, infarct miocardic, sincopa, stop cardiac, vertij, dispnee, inclusiv riscul oricat  
de mic de deces, etc), consecintele pe care le presupune investigatia pe care urmeaza sa o efectueez.

Declar ca sunt constient de riscurile pe care le presupune acest test si le accept, intrucat inteleg ca  
scopul acestei investigatii este spre binele meu.

In cazul in care in timpul testarii, apar situatii si conditii neprevazute, sau alte complicatii care impun  
proceduri suplimentare fata de testarea descrisa mai sus ca fiind acceptata de mine, accept ca medical  
desemnat sa actioneze in consecinta si sa le efectueze dupa priceperea si experienta sa profesionala, daca  
aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale si numai in interesul meu personal si spre  
binele meu.

In consecinta si in conditiile precizate mai sus si in cunostinta de cauza imi dau consimtamantul privind  
investigatia de mai sus. Certific ca am citit, am inteles si accept pe deplin cele de mai sus, si ca urmar  
semnez.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

(pacient, reprezentant legal)