

**FORMULAR DE INREGISTRARE PACIENTI**

Va rugam aduceți acest formular completat la prima vizita - Dr Roxana Chirila

**1. DETALII PACIENTI**

- A) Nume .....
- B) Prenume .....
- C) Email.....
- D) Data nasterii .....
- E) Ocupatia.....

**2. DETALII DE CONTACT**

- A) Adresa .....
- B) Sector / Judet .....
- C) Cod postal .....
- D) Oras.....
- E) Telefon Mobil.....
- F) Telefon Acasa.....
- G) Telefon Serviciu .....

**3. TRIMITERE DE LA**

- A) Nume Doctor.....
- B) Adresa Doctor.....
- C) Telefon Doctor.....

PLATA SERVICIILOR MEDICALE - "Plata serviciilor medicale este necesară la momentul consultatiei.

Vă rugăm să discutați despre costuri cu persoana de le receptie înainte de a vedea Doctorul. „

**POLITICA DE CONFIDENTIALITATE**

Politica de confidentialitate vă informează că, în scopul de a gestiona cel mai bine îngrijirea dumneavoastră, doctorul va colecta de informatii despre sănătatea dumneavoastra dar și informații personale. Intimitatea dumneavoastra va fi respectata în orice moment. Informațiile vor fi folosite pentru tratament medical și în scopuri administrative. Prin semnarea de mai jos va da acordul pentru colectarea de informații relevante pentru îngrijirea dumneavoastră.

SEMNATURA PACIENT.....

DATA.....

În curând:

