

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crișan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

Anexă

Nr. inregistrare..... / ... /

DECLARAȚIE PRIVIND EXERCITAREA CLAUZEI DE CONȘTIINȚĂ

Numele și prenumele medicului: _____

Specialitatea: _____

Gradul profesional : _____

Gradul didactic : _____

CUIM: _____

CNP: _____

1. Obiectul declarației

Subsemnatul/Subsemnata _____

declar prin prezenta că îmi exercit clauza de conștiință, în conformitate cu art.23, alin. (1), lit. d) din Codul de deontologie medicală al Colegiului Medicilor din România.

2. Procedurile/Intervențiile de la care mă abțin

În virtutea convingerilor mele etice, morale sau religioase, optez să nu efectuez următoarele tipuri de acte medicale/proceduri la niciun loc de muncă unde îmi exercit profesia de medic:

- _____
- _____
- _____

(Se vor completa clar și specific procedurile asupra cărora se aplică clauza de conștiință.)

3. Limitele aplicării clauzei de conștiință

Declar că neparticiparea mea la procedurile enumerate mai sus:

- nu va afecta asigurarea continuității îngrijirilor medicale,
- nu îmi va diminua obligația de a acționa în situații de urgențe medicochirurgicale
- nu mă exonerează de obligația de a informa pacientul și de a-l direcționa către un coleg/un serviciu care poate realiza procedura, conform prevederilor legale.

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crișan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

4. Obligația de notificare

Mă angajez să:

- informez în scris conducerea unității medicale cu privire la exercitarea acestei clauze;
- actualizez declarația dacă îmi modific opțiunea;
- colaborez în stabilirea unui plan intern care să asigure preluarea pacienților fără afectarea accesului la servicii medicale.

5. Valabilitatea declarației

Această declarație este valabilă de la data semnării și rămâne în vigoare timp de 12 luni sau până la revocarea expresă de către semnatar.

Declar pe propria răspundere că această decizie este una personală, liber consimțită și că exercitarea clauzei de conștiință nu contravene obligațiilor mele profesionale fundamentale .

Data: _____

Semnătura medicului: _____