



Cognome..... Nome.....

Diagnosi clinica

Procedura diagnostico/terapeutica proposta

FASE INFORMATIVA

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla procedura proposta dal Dott.

.....

In particolare mi sono state fornite esaurienti e comprensibili informazioni riguardo:

- Tipo di procedura e benefici attesi
- Possibili inconvenienti e complicanze, loro probabilità di verificarsi e di essere risolti da ulteriori trattamenti
- Tipo di anestesia che potrà essere praticata
- Possibili alternative alla procedura proposta
- Possibili conseguenze della mancata esecuzione della procedura
- Altro.....

Data e ora

Firma del Paziente Firma del Medico

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a

Rilascio il mio pieno consenso alla procedura di

proposta dal Dott

Data e ora Firma

Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'esecuzione della procedura evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma diagnostico o terapeutico preventivamente concordato.

Data e ora Firma

Autorizzo che Le informazioni cliniche riguardanti la Mia persona possano essere comunicate anche alle seguenti persone:

.....

Autorizzo l'invio del Referto Istologico al mio domicilio tramite il Servizio Postale

Data e ora Firma

Firma e timbro del Medico che ha acquisito il Consenso

DICHIARAZIONE DI DISSENSO

Io sottoscritto/a

Non Acconsento a sottopormi alla procedura proposta

Data e ora Firma

Non Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'esecuzione della procedura evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate a modificare il programma diagnostico o terapeutico preventivamente concordato.

Data e ora Firma

Non autorizzo che le informazioni cliniche riguardanti la Mia persona vengano comunicate ad altre persone

Data e ora Firma