

CONSENSO INFORMATO SUI PROCEDIMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

sottoscritt [REDACTED] nat A a [REDACTED] il [REDACTED]

liberamente in grado di intendere e di volere, informato in modo chiaro e comprensibile sul mio stato di salute dal

mi dichiaro di acconsentire a sottopormi alle manovre diagnostiche ed alle terapie che i medici riterranno necessarie per il trattamento della mia malattia;

mi dichiaro di essere stato dettagliatamente informato sulle modalità di esecuzione e sulle possibili complicazioni di tali procedure e di aver compreso chiaramente il significato e gli effetti collaterali delle terapie;

mi dichiaro di autorizzare il personale sanitario a trattare eventuali condizioni patologiche o situazioni inaspettate che dovessero verificarsi all'atto della procedura diagnostica o della terapia e che siano necessarie alla riuscita dell'intervento stesso e comunque a tutela della mia salute;

mi dichiaro, infine, di aver preso visione di questo documento e di averlo compreso pienamente in tutti i suoi punti, prima di averlo firmato.

DATA [REDACTED]

FIRMA DEL PAZIENTE

[REDACTED]

DATA [REDACTED]

FIRMA DEL MEDICO

[REDACTED]

sottoscritto Prof./Dott.

ricovero (in data / / alle ore) il Sig.

dichiara che all'atto delle prestazioni e

è nelle condizioni psico-fisiche per poter sottoscrivere quanto sopra.