

Generalità del paziente.....
Data di nascita.....Luogo di nascita.....
Residenza.....
Esame richiesto.....

DICHIARAZIONE DI INFORMAZIONE

Il sottoscrittoe
rispettivamente qualidichiarano che in data,
alle ore nei locali di..... alla presenza di.....
hanno informato il paziente, il quale appare pienamente capace di intendere e volere /il legale rappresentante del
paziente come, alla stregua dei principi della scienza medica comunemente accettati sia
consigliabile/indispensabile sottoporlo ai seguenti trattamenti medico sanitari:

- a)
- b)
- c)
- d)

Si dà atto, ad ogni effetto di legge, che di tali trattamenti sono stati compiutamente forniti, e con linguaggio piano ed accessibile, la descrizione, gli obiettivi prefissi, i benefici per la salute, i prevedibili rischi connessi con le possibili conseguenze derivanti, la loro incidenza statistica, le precauzioni adottate per impedire il verificarsi di detti rischi, ed ogni altro rilevante particolare del caso.

- a)
- b)
- c)

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto (paziente/legale rappresentante), nel confermare la veridicità di quanto sopra dichiarato, pienamente consapevole della natura dei trattamenti sanitari proposti, liberamente ed autonomamente determinato in tal senso, acconsente all'espletamento dei trattamenti sopra indicati.

Firma del Medico Richiedente

Firma del paziente per il consenso informato

Rovigo, _____

Prot.n. _____