

Allegato 6

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ___ / ___ / _____
residente in _____ Via _____, dichiaro di essere stato informato dal
Dott. _____ riguardo il mio stato di salute.

Dichiaro di essere stato informato/a sulle finalità e sulle modalità dell'atto sanitario che mi è stato proposto ed in particolare ho
ricevuto _____ informazioni specifiche e dettagliate circa la necessaria presenza dello Specialist della
Ditta _____ in sala operatoria durante l'atto chirurgico

Dichiaro inoltre di aver ricevuto risposte soddisfacenti a tutte le mie domande, per avere la completa e corretta comprensione del
tipo di atto sanitario proposto, dei rischi e dei benefici ottenibili e delle eventuali scelte alternative. Ritengo quindi di essere stato/a
ben informato/a per poter esprimere il consenso informato.

Pertanto liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

alla presenza dello Specialist in Sala Operatoria

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del medico _____

SPAZIO RISERVATO AI CASI PARTICOLARI

Paziente minore

Firma dei Genitori o del Tutore Legale: _____ / _____

Paziente interdetto

Firma del Tutore Legale: _____

Paziente inabilitato

Firma dell'amministratore di sostegno: _____

(Firma dell'Interprete _____ sua relazione con il paziente _____)

NOTE: _____

Data _____

Firma del medico _____