

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMATIVA E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO

Io sottoscritto/a

_____ sono stato/a informato/a sulla malattia _____

di cui sono affetto/a – di cui è affetto/a _____

ed ho ricevuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda.

Ho così compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

iniziare una cura medica _____

procedere ad un intervento chirurgico _____

effettuare esami più approfonditi _____

altro _____

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è il rischio di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibile, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso di tali eventualità con il medico ed ho comunque appreso che nel mio caso, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità

⇔ acconsento

⇔ non acconsento

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinnanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Data _____

Firma _____

Esercente la potestà/tutore di _____

Il medico _____

MODULO DI CONSENSO

DATA _____

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, residente a

Documento n. _____ assistito dal

Dr _____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge 675/96, concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, esprimo il mio consenso e autorizzo al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente a fini di diagnosi e cura, il Dr _____ medico di fiducia e, in sua assenza, i sostituti.

Firma _____