

USL..... U.O.....

CASA DI CURA

CENTRO, ISTITUTO O STRUTTURA PRIVATA

STUDIO PROFESSIONALE DR.....

<p style="text-align: center;">DICHIARAZIONE DI CONSENSO A TRATTAMENTI TERAPEUTICI PARTICOLARI</p>

Io sottoscritto.....

dichiaro di aver ricevuto, nel corso di un colloquio personale con il

Dr./Prof.....

Informazioni dettagliate circa la natura della mia malattia e sul tipo di trattamento terapeutico suggerito come utile al mio caso.

(spazio per osservazioni specifiche)

.....
.....
.....

Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia persona il seguente trattamento.....

consapevole, purché adeguatamente informato, dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

Firma del paziente

Firma del medico che ha informato

Data