

Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_  
Dott. \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA PER SE' O QUALE TUTORE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

Dati dell'assistito:

\_\_\_\_\_

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si riportano in sintesi le principali informazioni fornite verbalmente atte ad acquisire o meno il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque, anch'essi già verbalmente illustrati.

- Situazione obiettiva riscontrata nella visita:  
\_\_\_\_\_
- Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:  
\_\_\_\_\_
- Eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche:  
\_\_\_\_\_
- Tecniche e/o materiali impiegati:  
\_\_\_\_\_
- Benefici derivanti:  
\_\_\_\_\_
- Rischi derivanti:  
\_\_\_\_\_
- Eventuali complicanze o esiti:  
\_\_\_\_\_
- Comportamenti che il paziente deve seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:  
\_\_\_\_\_
- Altre informazioni:  
\_\_\_\_\_

L'assistito o suo legale rappresentante dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e sopra riportate in sintesi relative allo stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'intervento diagnostico e/o terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.

Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio \_\_\_\_\_ (1) all'effettuazione delle terapie illustrate e indicate.

*(1) Scrivere: "CONSENSO" oppure "DINIEGO"*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del paziente o di chi ne fa legalmente le veci

Firma del medico