



CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE AMBULATORIALE

di

Il Sottoscritto

- per se stesso
- esercente/i la potestà genitoriale del minore.....
a cui è stata data adeguata informazione sul consenso e sulla procedura sotto-riportati (*essendo i sotto-citati trattamenti considerati come "trattamenti medici comuni", è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori*)
- legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale) di
.....
(*allegare fotocopia del documento del legale rappresentante*)

Dichiara di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile dal

- medico che mi ha prescritto l'accertamento Dott.
 - altro medico Dott.
- su

Dopo essere stato reso consapevole della storia naturale della mia malattia, da quanto mi è stato prospettato ha compreso:

- la prevedibile evoluzione della presunta malattia in assenza dell'esame consigliato;
- le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche;

Ciò premesso: acconsento non acconsento

all'esecuzione del programma diagnostico terapeutico propostomi.

Ve-Mestre, li Firma del paziente

Il medico ha verificato che il paziente ha compreso quanto sopra illustrato (*se paziente minorenne, il medico ha informato e ricercato con le dovute cautele l'adesione alle terapie proposte*)

Ve-Mestre, li Firma del Medico.....