

Formulario di consenso

Denominazione dell'esame o della cura:

In seguito al colloquio di informazione che ho avuto e alle risposte date alle mie domande, accetto, dopo accurata riflessione, l'esame o la cura menzionati in alto. Sono stato/a informato/a della sua natura e del suo scopo. Il medico mi ha anche informato/a dei benefici, dei rischi e delle possibili complicanze, come anche delle possibili alternative all'intervento.

Firma del/della paziente:

o del/della rappresentante legale o terapeutico *:

Cognome, nome (in lettere stampatelle):

Data:

* La firma del/della paziente deve essere ottenuta, eccetto che in situazioni di urgenza o nel caso di incapacità di discernimento.

Servizio: Tel.:

Il dott./la dott.ssa (Cognome, nome in lettere maiuscole), ha spiegato la natura, lo scopo, i benefici, i rischi e le alternative all'esame o alla cura. Egli/Essa ha anche offerto al/alla paziente la possibilità di porre tutte le domande che desiderava e ha dato piena risposta a queste.

Data: Firma del medico:

Tipo di informazione data:

Colloquio di informazione

Opuscolo, foglio di informazione o video

Titolo:

Questo documento firmato deve fare parte del dossier del paziente. Una copia deve essere consegnata al/alla paziente.

