

**CONSENSO INFORMATO PER PROCEDURE INTERVENTISTICHE AMBULATORIALI
DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'INFORMATIVA RICEVUTA E COMPRESA**

La/Il sottoscritta/o, nata/o
il.....a..... in qualità di:

- Paziente
- Genitore del minore
- Tutore/Rappresentante legale

dichiara

di essere stato adeguatamente informato dal medico tramite colloquio preliminare sulla
necessità di essere sottoposta/o al trattamento sotto indicato:

e aver avuto la possibilità di formulare, in merito, le domande necessarie e di aver avuto le
risposte utili per manifestare in maniera consapevole il consenso sull'atto sanitario proposto.

In particolare di essere stato informato:

- Sulle caratteristiche della procedura proposta, sui risultati attesi, sulle conseguenze
previste ed anche sui rischi che essa comporta.
- Sulla modalità della Struttura di intervenire in caso di manifestazioni di rischi collegati
- Sul fatto di essere garantita una obbligazione di mezzi e non di risultato (cioè che non
possono essere garantite: corretta diagnosi, guarigione e miglioramento della propria
salute, laddove determinato da cause che non dipendono dalle procedure attuate)

CONFERMO

di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto, pertanto il sottoscritto

AUTORIZZO

l'operatore/equipe di questa Struttura ad effettuare la prestazione sopra specificata.

Firma del paziente o del rappresentante legale o del delegato ai sensi degli artt. 13 e 14 del
Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali

Acconsento []

Non acconsento []

Firma:

Dichiarazione di consenso informato ad intervento
chirurgico



Revisione

02

del

29.03.22

MOD

VF_MOD CONS 011

_____ Data: _____

DESCRIZIONE PROCEDURA AMBULATORIALE

Diagnosi: _____

Tipo di procedura: _____

Descrizione della procedura effettuata: _____

Firma del medico: _____

Data : _____