





Dichiaro che il medico si è accertato che io abbia ben compreso indicazione all'intervento, tipologia, complicanze, rischi e benefici.

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento dopo aver avuto tempo sufficiente per riflettere

**Firma del Paziente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<i>IDENTIFICAZIONE SITO CHIRURGICO</i>	<b>INTERVENTO DI ARTROSCOPIA DI SPALLA</b>		
	<i>Contrassegnare con una X</i>	<i>Data</i>	<i>Firma del Medico:</i>
<b>LATO CHIRURGICO</b>	<b>DESTRO</b>		
	<b>SINISTRO</b>		

Io sottoscritto paziente dichiaro inoltre che il medico, coinvolgendomi pienamente, ha provveduto a contrassegnare in maniera esatta con pennarello indelebile il sito chirurgico.

**Firma del Paziente:** \_\_\_\_\_