

Al fine di favorire il progresso delle conoscenze mediche, acconsento alla presenza di osservatori scientifici, alle riprese foto e cinematografiche dell'intervento, a patto che non venga rivelata la mia identità.

Per una migliore comprensione delle informazioni ricevute, ho chiesto chiarimenti al Medico che mi ha fornito dettagliate spiegazioni:

.....
.....
.....

Dichiaro di aver avuto tempo sufficiente per poter riflettere sulle informazioni ricevute in modo da fornire il consenso all'intervento chirurgico in maniera consapevole. Infine io sottoscritto/a dichiaro che nessuna garanzia o assicurazione mi è stata fornita circa i risultati che rappresentano l'obiettivo dell'intervento chirurgico.

Dichiaro, di aver letto attentamente il documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

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

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

Firma del Paziente: _____

Firma del Medico: _____

Data: ___/___/___

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

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: _____