

Per tutto quanto sopra esprimo il mio consenso all'intervento di protesi di ginocchio 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>	Firma del Medico:
LATO CHIRURGICO	DESTRO		
	SINISTRO		

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

Firma del Paziente: _____