

Unità Operativa \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome e Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Atto sanitario da effettuare .....

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Il sottoscritto/a ..... ha dato il suo consenso informato.

Il sottoscritto/a ..... ha dato il suo consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

- Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.
- che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.
  - che il sottoscritto/a ha dato il suo consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Dichiaro di aver raccolto l'anamnesi, di aver fornito informazioni specifiche sull'atto sanitario e di aver precedentemente fornito la relativa scheda informativa in merito a indicazioni, controindicazioni, eventuali effetti secondari/complicanze, alternative, conseguenze, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato. Dichiaro di aver risposto esaurientemente a tutte le domande rivolte e nel caso di utente straniero, che non comprende la lingua italiana, di aver provveduto a fornire informazioni nella lingua d'origine e/o conosciuta o con intervento di un mediatore/interprete.

Firma e timbro di chi acquisisce il consenso .....

Firma e timbro di chi ha effettuato l'atto sanitario .....

Ho letto e ho compreso il contenuto del documento informativo e della cartella clinica e ho dato il mio consenso informato.

Data.....Firma e timbro di chi ha acquisito la revoca.....