

Dott. _____

**DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA PER SE' O QUALE
TUTORE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

Dati dell'assistito:

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si riportano in sintesi le principali informazioni fornite verbalmente atte ad acquisire o meno il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque, anch'essi già verbalmente illustrati.

Situazione obiettiva riscontrata nella visita:

Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione:

Eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche:

Tecniche e/o materiali impiegati:

Benefici derivanti:

Rischi derivanti:

Eventuali complicanze o esiti:

Comportamenti che il paziente deve seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:

Altre informazioni:

L'assistito o suo legale rappresentante dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e sopra riportate in sintesi relative allo stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'intervento diagnostico e/o terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.

Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio _____ (1) all'effettuazione delle terapie illustrate e indicate.

(1) Scrivere: "CONSENSO" oppure "DINIEGO"

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

dichiara altresì di essere stato informato su:

- le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute; i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.
- e che l'informazione è stata fornita con un colloquio in cui ha avuto modo di porre domande e quesiti.

Luogo e data _____

Firma del paziente o di chi ne fa legalmente le veci _____

PER IL MINORE ENTRAMBI I GENITORI _____

Firma del medico _____