



DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....
il..... e residente in.....

Per se stesso/a, ovvero per il familiare.....

Dichiara di aver ricevuto le informazioni relative al proprio stato di salute (o del congiunto)
e di aver compreso termini, modalità e rischi del seguente trattamento:

Situazione che rende necessario il trattamento: _____

Rischi derivanti dalla mancata effettuazione della prestazione: _____

Alternative al trattamento: _____

Tecniche e/o materiali impiegati: _____

Benefici derivanti: _____

Rischi derivanti: _____

Eventuali complicazioni ed esiti: _____

Sulla base di quanto sopra esprimo il mio **CONSENSO / DINIEGO** alla effettuazione del
trattamento sanitario indicato.

.....li

firma del paziente o di chi ne fa le veci

firma del medico