

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE
PER INTERVENTO DI ARTROPROTESI

Io sottoscritt _____ nat _____ il ____/____/____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stat _____ diagnosticat _____
2. mi è stato proposto di sottopormi ad intervento di artroprotesi _____
procedura medico-chirurgica cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato
spiegato relativamente ai rischi, agli effetti ed alle conseguenze - anche negative - che ne
possono derivare, ad esempio:

3. ho potuto porre al dott. _____ le domande che
ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili, anche sulla base del
Mod. ORT 06 "Informativa per intervento di artroprotesi", che mi è stato consegnato per
integrare le informazioni fornite, affinché io potessi prendere una decisione consapevole;
4. sono stato informat _____ che posso anche cambiare idea, e non sottopormi alla pratica medico-
chirurgica in questione, accedendo ad altro tipo di trattamento (ad esempio: _____
_____)
o rifiutando l'atto diagnostico/terapeutico, ed accettando le conseguenze di tale decisione, per
esempio:

5. Sono stato informat _____ che la prestazione in questione verrà erogata in ricovero ordinario.

Udine, ____/____/____

(con la firma si dichiara di accettare l'atto medico/chirurgico di cui al punto 2)

Firma del Dichiarante

Timbro e firma del Medico

Nome, cognome e firma di tutore/amministr. di sostegno con _____
poteri inerenti la presente procedura, nei casi previsti dalla legge _____

ATTO DI REVOCA del consenso all'intervento di artroprotesi.
Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, ____/____/____ Il Dichiarante _____ Il Medico _____