

Io sottoscritt _____ nat _____ il ____/____/____

dichiaro con la presente che:

1. mi è stat _____ diagnosticat _____;
2. mi è stato proposto di sottopormi a _____
procedura medico-chirurgica cui acconsento di sottopormi in base a quello che mi è stato spiegato relativamente ai benefici ragionevolmente attendibili, ai rischi ed alle conseguenze - anche negative - che ne possono derivare, ad esempio, nel mio caso:

3. ho potuto porre al dott. _____ le domande che ritenevo opportune, e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili, con informazioni integrative scritte (nello specifico: Mod ORT), 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 accettandone le conseguenze, per esempio:

5. Sono stato informat _____ che l'intervento chirurgico si svolgerà:
 in ambulatorio
 in day surgery (senza pernottamento salvo eventuali necessità al momento non prevedibili)
 in ricovero ordinario

Udine, ____/____/____

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

Il Dichiarante

Il Medico (dott. _____)

Nome e cognome del tutore nei casi previsti dalla legge _____

Firma _____

ATTO DI REVOCA del consenso a _____

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

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