



Azienda Ulss 12
Veneziana

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'ATTO SANITARIO

U.O.
Pneumologia

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI

1) Dati identificativi del paziente:

.....
.....

1a) Dati esercente/i la potestà genitoriale (in caso di minori di età):

.....
.....

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

1b) Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

.....
.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

PARTE II – DATI SANITARI (a cura del medico)

2) sintesi situazione clinica:

.....
.....

3) atto sanitario proposto:

.....
.....

4) informativa: dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato.

5) data: 6) Timbro e firma del medico:.....

PARTE III – ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a dichiaro:

7) di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:

– l'informativa fornita;

– il colloquio con un medico;

8) di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;

9) di (barrare la scelta) ? ACCETTARE / ? NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

10)osservazioni.....
.....

11) Data 15) Firma/e

.....

12) Timbro e Firma del medico

.....

13) Io sottoscritto/a
in data dichiaro di voler revocare il consenso.

14)Firma/e.....

15) Firma di Testimone o di Interprete