SERENITY house

Struttura Sanitaria SERENITY HOUSE GROUP SRL

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:

SERENITY house

_____

_____

 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"*

Luogo e data _____

Firma del paziente o di chi ne fa legalmente le veci

Firma del medico