

Modulo Generico Dichiarazione rinuncia all'informazione all'esecuzione dell'atto sanitario diagnostico/assistenziale/di prevenzione e di riabilitazione

In data _____ alle ore _____ il Dott. _____ mi ha proposto un colloquio informativo sul seguente trattamento sanitario consigliato nel mio caso:

- intervento chirurgico (specificare): _____
- procedura invasiva (specificare): _____
- esame diagnostico invasivo (specificare): _____

Il colloquio si è svolto:

- in fase di ricovero
- durante una visita ambulatoriale
- durante la preospedalizzazione

Eventuali ulteriori osservazioni del/della paziente/avente diritto: _____

Osservazioni cliniche: _____

Durante il colloquio mi è stato spiegato in cosa consiste il trattamento e per quali motivi è indicato nel mio caso, ma ho preferito **RIFIUTARE ESPRESSAMENTE OGNI ULTERIORE INFORMAZIONE** riguardante rischi, possibili complicanze ed alternative terapeutiche che non desidero conoscere e di cui affido la valutazione al medico proponente. Sono consapevole di avere comunque diritto a richiedere ulteriori informazioni fino alla dimissione e pertanto:

- ACCONSENTO a sottopormi al trattamento propostomi.
- NON ACCONSENTO a sottopormi al trattamento propostomi.

DICHIARO altresì di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento.

Luogo _____ Data _____

Firma del/della paziente o del soggetto giuridicamente legittimato (incaricato) _____

Firma del/degli esercente/i la responsabilità genitoriale _____

Firma del medico _____

Nel caso in cui il paziente risulti capace di comprendere, ma si trovi nella impossibilità di apporre la sua firma, saranno necessari due testimoni esterni al gruppo di lavoro (familiari o altri designati in privacy) o nel caso di non vedente.

Nome e Cognome del testimone _____ Firma _____

Nome e Cognome del testimone _____ Firma _____

Data, _____