

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Tipo di trattamento:

Durata del trattamento:

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

DICHIARO DI :

aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti  
(riportate nel foglio informativo che mi è stato consegnato):

- sulle caratteristiche
  - sulle alternative terapeutiche
  - sui potenziali benefici
  - sugli eventuali rischi e complicanze
- del TRATTAMENTO sopra specificato.

DICHIARO INOLTRE DI:

aver letto e compreso il foglio informativo che mi è stato consegnato con sufficiente anticipo e che conferma quanto mi è stato verbalmente detto; aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti ; essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il Trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto; aver avuto il tempo sufficiente per decidere; essere consapevole che la decisione di accettare il Trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento ; essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", come successivamente integrato e modificato; che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Prof. Osvaldo Sponzilli

Pertanto

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE IN STAMPATELLO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL Paziente

\_\_\_\_\_

(il Paziente deve apporre sia la data che la firma)

FIRMA DEL PROFESSOR SPONZILLI