

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver ricevuto copia della presente scheda informativa, di non essere in stato di gravidanza nè in atto nè presunta, pertanto acconsento all'esecuzione dell'indagine radiologica richiesta (D.Lg. 187/2000 art. 10).

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti.

Dichiaro di aver ricevuto idonee spiegazioni e di aver pienamente compreso le modalità dell'indagine diagnostica a cui sarò sottoposta e di aver compreso in forma altrettanto chiara quelle che potrebbero essere le controindicazioni e l'insorgenza di problematiche successive.

Accetto quindi liberamente di essere sottoposta all'indagine radiologica, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Sono consapevole che essere sottoposta alla predetta indagine è una mia chiara volontà e che ho la facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento, senza che tale fatto pregiudichi le cure mediche di cui potrei necessitare successivamente.

Sono stata informata del Mio diritto di avere libero accesso alla documentazione relativa al mio stato di salute così come prevede l'art. 7 del D. Lgs. 196/03 - "Nuovo Codice in materia di trattamento dei dati personali".

Esprimo inoltre il consenso al trattamento dei miei dati personali così come prevede l'art. 23 del D.Lgs. 196/03 nel rispetto dell'informativa prevista dall'art. 13 esposta all'interno dei locali dello studio FISIOCENTER.

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a _____ a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver ricevuto copia della presente scheda informativa, di non essere in stato di gravidanza nè in atto nè presunta, pertanto acconsento all'esecuzione dell'indagine radiologica richiesta (D.Lg. 187/2000 art. 10).

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre domande e di avere ricevuto risposte in merito soddisfacenti.

Dichiaro di aver ricevuto idonee spiegazioni e di aver pienamente compreso le modalità dell'indagine diagnostica a cui sarò sottoposta e di aver compreso in forma altrettanto chiara quelle che potrebbero essere le controindicazioni e l'insorgenza di problematiche successive.

Accetto quindi liberamente di essere sottoposta all'indagine radiologica, avendo perfettamente compreso tutte le informazioni sopra riportate.

Sono consapevole che essere sottoposta alla predetta indagine è una mia chiara volontà e che ho la facoltà di ritirarmi in qualsiasi momento, senza che tale fatto pregiudichi le cure mediche di cui potrei necessitare successivamente.

Sono stata informata del Mio diritto di avere libero accesso alla documentazione relativa al mio stato di salute così come prevede l'art. 7 del D. Lgs. 196/03 - "Nuovo Codice in materia di trattamento dei dati personali".

Esprimo inoltre il consenso al trattamento dei miei dati personali così come prevede l'art. 23 del D.Lgs. 196/03 nel rispetto dell'informativa prevista dall'art. 13 esposta all'interno dei locali dello studio FISIOCENTER.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico/T.S.R.M. _____ Luogo e Data _____