

Luogo e data, _____

Il/La Sig. / Sig.ra _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ con la presente dichiara di voler eseguire in forma PRIVATA presso questa struttura il seguente esame diagnostico, sollevando la Casa di Cura ed i propri professionisti in merito ad ogni e qualsiasi responsabilità legata alla decisione ed opportunità di effettuare tale esame.

ESAME RICHIESTO /TRATTAMENTO: _____

QUESITO DIAGNOSTICO / TERAPIE DA ESEGUIRE: _____

Firma paziente

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE /DIRETTORE SANITARIO

A seguito della richiesta di cui sopra, valutata l'anamnesi ed il quadro clinico del/della paziente, il sottoscritto Medico Responsabile/Direttore Sanitario (nome e cognome) _____ esprime parere favorevole alla esecuzione del seguente esame diagnostico:

ESAME RICHIESTO: _____

Firma del Medico Responsabile/Direttore Sanitario:

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ dopo aver
compreso quanto sopra esposto

conferma di sottoporsi all'indagine radiologica

rifiuta di sottoporsi all'indagine radiologica

Data, _____

Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame

(firma leggibile del paziente/del rappresentante legale del paziente)

Per gli esami sui MINORI, il modulo va compilato dal genitore esercente la potestà genitoriale e/o dal rappresentante legale.

La persona maggiorenne esercente la potestà genitoriale sul minore, in pieno e completo accordo con l'altro genitore esercente la medesima potestà o il tutore legale del minore, in proprio e per conto del minore stesso, al solo scopo di tutelare la salute, autorizza l'esecuzione dell'esame radiologico con le modalità più opportune.

Data, _____

Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame

(firma leggibile del genitore/del rappresentante legale del paziente)

Per gli esami su PERSONE INTERDETTE PER INFIRMITÀ MENTALE, il tutore ha funzione di rappresentante legale ed ha il titolo ad esprimere il consenso alle prestazioni sanitarie.

Per gli esami su PERSONE ANZIANE O DISABILI, che per effetto di infermità o di una menomazione fisica, si trovi nell'impossibilità anche parziale e temporanea di provvedere ai propri interessi, l'amministratore di sostegno può esprimere il consenso alle prestazioni sanitarie.

In questi due casi dovrà essere trattenuta, in copia agli atti, il provvedimento di nomina insieme al documento di riconoscimento del soggetto nominato.

Data, _____

Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame

(firma leggibile del tutore/amministratore di sostegno)

Dichiaro di non essere attualmente in stato di gravidanza ACCERTATA o DUBBIA

Data, _____

Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame

(firma leggibile del paziente)