



Associazione Onlus

“ 1 HOSPICE PER EBOLI ED AMICI DELL’OSPEDALE MARIA SS. ADDOLORATA”

MODULO DI CONSENSO INFORMATO VISITA E /O ESAME STRUMENTALE DI PREVENZIONE

SPECIALITA'
OPERATORE

IL SOTTOSCRITTO _____ CHIEDE DI SOTTOPORSI A VISITA DI SANITARIA E/O
ESAME DIAGNOSTICO _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere stato informato dal DR. _____, dirigente medico del Servizio ambulatoriale interessato, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- SCOPO DELLA VISITA E/ESAME DIAGNOSTICO STRUMENTALE
- RISCHI/INCONVENIENTI ragionevolmente prevedibili per la persona;
- BENEFICI PREVISTI;
- MODALITA' DI INTERVENTO ;
- DURATA DELLA VISITA E/ESAME DIAGNOSTICO STRUMENTALE;

DICHIARA INOLTRE

- che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per decidere e l'opportunità di chiedere eventualmente informazione ad un medico di fiducia;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta soddisfacente;

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza la visita e/esame diagnostic strumentale di cui alla premessa;
- esprime consenso al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili relativi alla propria persona nel rispetto della norma sulla privacy;

DATA ___/___/___

FIRMA

FIRMA
FAMILIARE

_____ IN CASO DI MINORE

Il/la sottoscritto/a padre/madre dichiara di esercitare la potestà genitoriale e che l'altro genitore è informato.

Firma del genitore

ISCRITTA NELL'ELENCO DELLA REGIONE CAMPANIA DELLE ONLUS SAN. E SOCIO-SANITARIE N° 1391 REGISTRO REGIONALE DEL VOLONTARIATO (D.D N° 310 – 9/04/2010)

SEDE LEGALE E OPERATIVA: Via Apollo XI n°51 – 84025 EBOLI

TEL./FAX 0828 333700 – CELL.: 366 897 6140

Mail: info@hospicepereboli.it - Sito Web: www.hospicepereboli.it Indirizzo p.e.c.: hospicepereboli@pec.it

PRESIDENTE: dott. ARMANDO DE MARTINO (RECAP. TEL. 329 244 9292)

5X MILLE
COD.FISC. 91037010658

PER DONAZIONI:
N° CONTO CORRENTE 75616672
CODICE IBAN: IT28 Q076 0115 2000 0007 5616 672



Associazione Onlus

“ 1 HOSPICE PER EBOLI ED AMICI DELL’OSPEDALE MARIA SS. ADDOLORATA”

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente il suo consenso.	
IL MEDICO* DR. _____	DATA __/__/__
* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento	
Eventuali allegati: (specificare)	
-	

ISCRITTA NELL'ELENCO DELLA REGIONE CAMPANIA DELLE ONLUS SAN. E SOCIO-SANITARIE N° 1391 REGISTRO REGIONALE DEL VOLONTARIATO (D.D N° 310 – 9/04/2010)

SEDE LEGALE E OPERATIVA: **Via Apollo XI n°51 – 84025 EBOLI**

TEL./FAX **0828 333700** – CELL.: **366 897 6140**

Mail: info@hospicepereboli.it - Sito Web: www.hospicepereboli.it Indirizzo p.e.c.: hospicepereboli@pec.it

PRESIDENTE: dott. **ARMANDO DE MARTINO** (RECAP. TEL. 329 244 9292)

5XILLE
COD.FISC. **91037010658**

PER DONAZIONI:
N° CONTO CORRENTE **75616672**
CODICE IBAN: **IT28 Q076 0115 2000 0007 5616 672**