

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOGRAFICI AI SENSI DEL D. LGS. 101/2020 E S.M.I.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a (*) _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente in: _____

Tel. abitazione: _____ Cellulare: _____

Informato/a

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.

- Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame; - dei rischi relativi di eventuali danni per la salute sottolineati anche nell'informativa consultabile in sala d'attesa;

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto.

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

Accetto l'indagine proposta []

Rifiuto l'indagine proposta []

Medico Radiologo _____

Data _____ **Firma Paziente/Accompagnatore** _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

[] SI

[] NO

Data _____ **Firma Paziente/Accompagnatore** _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. La struttura garantisce il trattamento dei dati personali ottemperando alla legge sulla privacy 196/2003 e s.m.l. e Regolamento UE 679/2016. La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ **Firma Paziente/Accompagnatore** _____