

STUDIO MEDICO DI GINECOLOGIA
Dr. Gustavo Mascotti
02.70601599 - 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it

CONSENSO INFORMATO AI PROCEDIMENTI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI
Piccoli interventi ambulatoriali.

Dichiaro liberamente ed in piena consapevolezza di essere stata messa al corrente, di essere stata informata adeguatamente, di aver potuto effettuare tutte le domande che ho ritenuto indispensabili e di aver ricevuto risposte chiare e precise in merito alle caratteristiche degli esami strumentali a ben determinare l'eventuale stato di malattia:.....

.....

di essere stata informata sulle possibilità terapeutiche ed alternative diagnostico-terapeutiche;

di essere stata informata dei rischi, conseguenze, effetti indesiderati ed eventuali complicanze;

di accettare senza coercizione alcuna di essere sottoposta all'intervento / biopsia:

.....

ACCETTO [SI]

NEGO [NO]

Firma della paziente:.....

Firma di tutore o eventuale testimone:.....

Firma del medico:.....

Si ricorda che maggiori informazioni sono disponibili nel sito: www.gustavomascotti.com

Data e luogo: