

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia del Policlinico San Marco di Zingonia (BG)

MODELLO DI CONSENSO INFORMATO: TERAPIE IN GINECOLOGIA

Io sottoscritta:.....
nata a:.....il:.....

dichiaro liberamente ed in piena capacità di intendere e di volere di essere stata informata in modo esauriente e chiaro, con un linguaggio a me comprensibile, della situazione clinica di cui sono affetta:.....
.....

Dal colloquio intercorso con il Dr.....
sono anche stata ulteriormente informata sulle finalità della terapia e/o intervento propostomi di:
.....

Sono stata adeguatamente informata sulla tecnica chirurgica proposta, le alternative, possibili complicanze, rischi correlati e conseguenze di ogni mia decisione.

Dichiaro contestualmente di aver avuto la possibilità di riflettere su tutte le informazioni ricevute, di aver letto e/o mi siano stati spiegati gli opuscoli informativi e schede informative del sito: www.gustavomascotti.com; che riguardano il mio caso clinico e possibilità di terapie, come di aver avuto la libertà di consultarmi con un medico di mia fiducia, prima di firmare il presente Consenso senza pressioni ne' coercizioni.

[SI] ACCONSENTO

[NEGO] NON ACCONSENTO

A sottopormi alla prestazione medico professionale propostami.

Firma della paziente:

Firma del genitore, tutore o eventuale testimone:

Firma del medico che ha raccolto il Consenso:

Data: