

Data \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

dichiaro liberamente ed in piena coscienza quanto segue:

- di essere stato/a informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_

in merito alla natura e alle caratteristiche cliniche della patologia riscontratami, denominata:

\_\_\_\_\_ ;

- di essere stato/a informato/a sulle differenti possibilità terapeutiche relative al mio caso;

- di essere stato/a messo/a al corrente riguardo ai potenziali effetti collaterali ed alle eventuali tossicità (a breve, medio e lungo termine) che la terapia potrebbe arrecarmi;

- di accettare che i medici conferiscano con i miei parenti in relazione al mio caso clinico solo previa mia specifica autorizzazione;

- di avere, in ogni momento, la facoltà di rinunciare al proseguimento di detta terapia, senza che questo comprometta in alcun modo il mio rapporto con i medici di questa struttura e la qualità delle cure alle quali ho diritto.

Pertanto, preso atto delle suddette premesse, volontariamente accetto di sottopormi al trattamento denominato

\_\_\_\_\_ potendo contare sull'assistenza e la piena disponibilità del personale medico e paramedico per qualunque necessità ad esso inerente.

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile della paziente)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Medico)