

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE SUDETTA**

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____

- (1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....
(2) in qualità di tutore del paziente

Informato/a dal Dott. _____
- 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 (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa 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

Eventuale interprete

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

- SI NO

Data _____ Firma del paziente _____

- Ecografia
- Ecocolor Doppler
- Risonanza Magnetica Settoriale
- Radiologia Digitale
- Panoramica Dentale Digitale
- TC Dentalscan cone beam
- Senologia