



ippocrate

Consenso informativo | Scheda Paziente

Nome e cognome

Luogo di nascita

Nome e cognome di entrambi i genitori o del legale rappresentante in caso di Paziente minorenni o interdetto giudiziale

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di:

- avere ricevuto un'informazione esaustiva circa l'atto sanitario proposto, di averne compreso lo scopo e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che ne potrebbero derivare
- aver consultato l'informativa, inerente l'atto sanitario proposto, presente presso il Poliambulatorio Ippocrate
- di accettare o non accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza quanto proposto
- di essere a conoscenza della possibilità di chiedere ogni ulteriore informazione e di revocare il consenso



CONSENSO INFORMATO raccolto il

Sintesi della situazione clinica del Paziente

Atto sanitario proposto

Scheda informativa n° _____

Il/La sottoscritto/a _____ [] DÀ IL CONSENSO [] NEGA IL CONSENSO

Lonigo, ___/___/___ firma _____

Timbro e firma del medico _____

Dichiarazione del Paziente di voler revocare il consenso:

Lonigo, ___/___/___ firma _____

Timbro e firma del medico _____

Ippocrate srl
studioippocrate.com

Sede Legale: Via Lungo Agno Manzoni, 12 • 36078 Valdagno (VI) • P.IVA | CF | R.I. Vicenza 03575570241 • Cap. soc. € 10.000 iv. • REA 336202
PEC: studiodentisticoippocrate@legalmail.it • segreteria@studioippocrate.com
Studi Operativi: **Lonigo (VI)** Via Sisana, 2 • Tel. +39 0444 437074/0444 820057 • Dir. San. Poliambulatorio Dott.ssa Cordioli Alessandra
San Bonifacio (VR) Corso Venezia, 78 • Tel. +39 045 7611181 • Dir. San. Dott.ssa Mastropiero Roberta
Valdagno (VI) Piazza Dante, 19 • Tel. +39 0445 220309 • Dir. San. Dr. Manni Giuseppe



ippocrate

✓ **CONSENSO INFORMATO raccolto il**

Sintesi della situazione clinica del Paziente

Atto sanitario proposto

Scheda informativa n° _____

Il/La sottoscritto/a _____ [] DÀ IL CONSENSO [] NEGA IL CONSENSO

Lonigo, __/__/____ firma _____

Timbro e firma del medico _____

Dichiarazione del Paziente di voler revocare il consenso:

Lonigo, __/__/____ firma _____

Timbro e firma del medico _____

✓ **CONSENSO INFORMATO raccolto il**

Sintesi della situazione clinica del Paziente

Atto sanitario proposto

Scheda informativa n° _____

Il/La sottoscritto/a _____ [] DÀ IL CONSENSO [] NEGA IL CONSENSO

Lonigo, __/__/____ firma _____

Timbro e firma del medico _____

Dichiarazione del Paziente di voler revocare il consenso:

Lonigo, __/__/____ firma _____

Timbro e firma del medico _____