

CONSENSO INFORMATO ALL' ESAME DIAGNOSTICO

Gentile Paziente, il Medico/Odontoiatra che la seguirà potrà ritenere opportuno suggerirle di sottoporsi ad un esame diagnostico per ottenere informazioni a Lei utili.

L'esame diagnostico consente di produrre delle immagini del Suo corpo con diversi mezzi fisici.

Gli Operatori sono a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

La preghiamo di rispondere a questa domanda:

Gentile Signora/e, si ritiene sufficientemente informata/o sulle indicazioni ed i limiti dell'esame diagnostico a cui potrà essere sottoposta/o, nonché degli eventuali rischi connessi e del rapporto rischio / beneficio?

Se sì. Le chiediamo di apporre la sua firma.

Data ___ / ___ / ___

Firma _____

NEGO LO STATO GRAVIDICO

Data ___ / ___ / ___

Firma _____