

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana Az. USL 9 Grosseto Direzione Generale</p>	<p>DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'ATTO MEDICO</p> <p>DECISIONE CONDIVISA</p>	<p>MA/PA.DS.08/01 REV.: 2 Data 06.10.2009 Pag.1 di 1</p>
---	---	--

Gentile Signore/a.....

Io sottoscritto/a Dott.....

durante il nostro colloquio avvenuto il Le ho fornito informazioni circa il fatto che per la patologia da cui Lei è affetto/a si rende necessario effettuare

la procedura diagnostico-terapeutica di.....
per.....

la terapia medica di.....
per.....

per la quale Le ho prospettato: le **finalità** e le **modalità di esecuzione**, i **benefici attesi**, gli **eventuali rischi** e le **prevedibili conseguenze**, le **alternative diagnostiche e terapeutiche** attualmente esistenti.

Firma e timbro del medico.....

Io sottoscritto/a.....
o in alternativa:

a) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

b) in qualità di tutore di.....

dichiaro di essere stato/a ampiamente informato/a dal Dott..... circa il trattamento propostomi, le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

La mia firma su questo documento significa che:

- **ho compreso le spiegazioni fornitemi**
- **ho avuto la possibilità di formulare domande di chiarimento**
- **ho avuto il tempo sufficiente per una personale riflessione prima di firmare il presente modulo.**

Premesso questo, dichiaro di acconsentire ad essere sottoposto a.....

Data.....

Firma del paziente / Esercente la potestà genitoriale/ Tutore

.....