



C.F.R. CENTRO FISIOTE  
Corso Martiri,375 - 4.  
Tel. 059 927801  
Codice fiscale 0244  
DEA MO n 226260 - Autoris

**Oggetto: Consenso informato all'erogazione della prestazione**

Io sottoscritto.....

dichiaro di essere stato informato delle motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della prestazione di.....

ed

acconsento

non acconsento

a sottopormi a tale prestazione, la natura e gli scopi della quale è stata spiegata.

Dichiaro di essere stato informato sulla natura del trattamento, sulle tecnologie impiegate, sul metodo operativo, sui rischi immediati e futuri, sui vantaggi attesi, sugli svantaggi che potrebbero conseguire a seguito della mancata esecuzione della prestazione propostami.

Alle domande da me poste è stato risposto in modo chiaro e sufficiente.

FIRMA DEL PAZIENTE.....

Confermo che ho spiegato la natura e gli scopi della prestazione suggerita, i rischi immediati e futuri della stessa.

Castelfranco Emilia, li .../ .../ ....

FIRMA DEL MEDICO .....