



.....I.....Sottoscritto.....

Documento di riconoscimento.....n.....

ricoverato il.....da.....

ricoverato dal.....presso questa Casa di Cura per.....

.....

DICHIARO

di volermi avvalere delle prestazioni del Dott/Prof.....

DICHIARO

altresì di essere a conoscenza che il ricovero presso la Casa di Cura "TRUSSO"
e tutte le prestazioni accessorie che ne derivano, sono totalmente a mio carico
e pertanto non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Ottaviano, lì.....

In Fede

.....



Le comunichiamo che i dati che Lei ci fornisce al momento del ricovero sono obbligatori e necessari per la corretta compilazione della cartella clinica e serviranno sia per rilevare il Suo attuale stato di salute sia per fini amministrativi, e saranno conservati nei nostri archivi.

I suoi dati anagrafici, la terapia e le cure a Lei praticate, la diagnosi di dimissione con la relativa scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti, per quanto di competenza, alle aziende sanitarie locali, alle autorità di pubblica sicurezza e dietro specifica richiesta, all'autorità giudiziaria o ad altri enti destinatari per legge o regolamento.

La informiamo, altresì, che per esigenze aziendali i Suoi dati saranno utilizzati per eventuale fatturazione e per motivi di contabilità interna.

In base all'art 13 della legge n. 196/03, qualora i suoi dati dovessero necessitare per finalità di ricerca scientifica o di statistica, saranno trasmessi in modo anonimo.

I dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute saranno notificati a Lei o ad un medico da Lei designato tramite il responsabile del reparto o dal direttore sanitario.

I Suoi diritti in relazione ai Suoi dati personali sono riportati nell'articolo 13 della legge n. 196/03.

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a acquisisce le informazioni di cui all'art. 13 della legge n.196/03 e acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art.22 della citata legge, vale a dire : i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, fisiologiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a particolari sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, fisiologico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

Ottaviano, li.....

Nome e Cognome.....Firma Leggibile



CONSENSO INFORMATO ALLA PRATICA CHIRURGICA

In conformità alle direttive CEE ed al nuovo codice deontologico che stabilisce:

1. Il medico deve informare il paziente dei possibili rischi il tipo di intervento da eseguire.
2. Il medico deve informare il paziente dello scopo e del tipo di intervento da eseguire.
3. E' il medico che deve ottenere dal paziente un consenso informato.

Il paziente è gentilmente pregato di rispondere al seguente questionario per attenersi allo spirito del sopracitato codice :

- | | |
|--|-------|
| - Ha capito il tipo di intervento che verrà eseguito? | SI NO |
| - E' stato spiegato lo scopo dell'intervento? | SI NO |
| - E' al corrente di ciò che si intende eseguire? | SI NO |
| - Ha letto i rischi e le competenze della chirurgia? | SI NO |
| - Ha capito e considerato i risultati ed i rischi dell'intervento? | SI NO |
| - E' soddisfatto delle risposte avute in merito alle sue domande? | SI NO |
| - Ha capito che non esistono garanzie assolute? | SI NO |

Firma Leggibile.....


Se durante l'intervento insorgesse qualche problema per cui i chirurghi ritenessero necessario eseguire un altro tipo di intervento differente da quello convenuto, io li autorizzo ad eseguire ciò che riterranno più opportuno.

Autorizzo i sanitari a firmare l'intervento e a fare diapositive e foto.

Ho letto, capito, considerato i rischi sopraelencati, per cui autorizzo i sanitari ad eseguire l'intervento.

Data.....

Firma.....

	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI A-CIA-O	A-CIA-O del 20/03/09 pag 1 di 1
--	---	--

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

L'anestesia moderna è sicura, tuttavia, come accade per tutte le discipline mediche, anche se eseguita con perizia, diligenza e prudenza, non è completamente esente da un certo margine di rischio.

Io Sottoscritto.....

Il genitore.....Il tutore.....

Alla luce di quanto sopra e delle informazioni ricevute, riguardanti :

- Il mio attuale stato di salute ;
- L'intervento chirurgico proposto ;
- La tecnica anestesiológica generale o loco-regionale proposta ;
- I potenziali rischi di questa anestesia, relative alle patologie evidenziate.

In pieno possesso delle mie facoltà, dopo aver discusso con l'anestesista ho capito le problematiche di cui sopra, operato in coscienzioso bilancio fra rischio e beneficio attendibile dall'intervento, dichiaro di accettare di essere sottoposto alle necessarie procedure anestesiológico-rianimatore.

Data.....

Firma.....

Visto il medico anestesista-rianimatore

.....