

**POLIAMBULATORIO MEDICO VERBANO**

**Dr. FABRIZIO MORANDI**

*Specialista in Cardiologia*

*Via Marconi 13 Laveno M. Ilo (Va)*

*Tel. 0332 - 669.605*

***Modulo per la libera accettazione della prestazione sanitaria***  
***(consenso informato: art. 31 e 32 del Nuovo Codice di Deontologia Medica)***

***Prestazione Sanitaria: TEST DA SFORZO***

Io sottoscritto Dott. Fabrizio Morandi

***dichiaro***

di aver chiaramente illustrato al signor la natura e le finalità cliniche particolari della prestazione sanitaria sopra indicata e di averlo informato sull'orientamento diagnostico, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia.

Rimango a disposizione per ulteriori chiarimenti.

*Laveno M. Ilo,*

*alle ore*

*Firma del Medico*

*Dr. Fabrizio Morandi*

*(la parte successiva dovrà essere compilata dal paziente o dagli aventi diritto)*

Ascoltate le spiegazioni del medico curante, Le si chiede un'accettazione scritta della prestazione sanitaria, considerate le sue particolarità e i possibili effetti sulla malattia e, più in generale, sulla Sua salute.

***La sottoscrizione di questo modulo non serve a sollevare il medico dalle sue responsabilità professionali.***

1. ritiene che l'informazione del Dott. Fabrizio Morandi sia stata sufficientemente chiara e completa?

SI'

NO

2. ha ben compreso che il Dott. Fabrizio Morandi si é dichiarato disponibile per ulteriori chiarimenti?

SI'

NO

3. Ritiene che ulteriori chiarimenti Le debbano essere forniti alla presenza di una persona di Sua fiducia?

SI' *(in caso di risposta affermativa, compilare la parte nel riquadro)*

NO

I chiarimenti richiesti sulla prestazione sanitaria sopra indicata sono stati forniti dal Dott. ....  
al... Signor .....  
alla presenza del... Signor.. .....  
persona di sua fiducia.

***Accetto liberamente la prestazione proposta.***

*Laveno M.llo,*

*alle ore*

*Firma del medico*

*Firma del paziente*

*Firma della persona di fiducia*

*Dr. Fabrizio Morandi*

