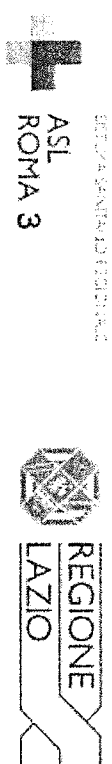


DICHIARAZIONE DI RECEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA

Compilare cortesemente questo modulo scrivendo le risposte e contrassegnando con una X le risposte prestampate. Le risposte al presente questionario sono strettamente riservate (legge 196/03) e legate al vincolo del segreto professionale. Ogni risposta non sincera costituisce un rischio per il Paziente, per il Medico e per tutto il Personale dello studio ed ostacola la miglior riuscita delle cure.



Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie importanti negli ultimi anni?
Se sì, quali? SI NO

Assume dei farmaci?
Se sì, quali? SI NO

Soffre o ha sofferto di Malattie di cuore? SI NO

Iipertensione? SI NO

Diabete? SI NO

Malattie del fegato(epatiti)? SI NO

Malattie del sangue o emorragiche? SI NO

Epatite virale o altre malattie infettive? SI NO

E' positivo per AIDS? SI NO

Ha avuto reazioni allergiche in seguito all'uso di anestetici, antibiotici o altre sostanze?
Se sì, quali? SI NO

Altre malattie non precedentemente elencate? SI NO

Io sottoscrittodichiaro di essere stato informato e di aver compreso la natura dell'intervento diagnostico/terapeutico proposto dal medico e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivarne.
Presto per tanto il mio assenso all'uso dell'anestesia locale e all'effettuazione delle terapie odontoiatriche.

Roma,

Firma del Paziente.....

Firma del Medico.....

UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

N.

Roma,

AMBULATORIO:
P R O T E S I

Cognome e Nome
Luogo e data di nascita

Indirizzo
Telefono

Codice Fiscale
Esenzione

Anamnesi clinica

Data	Prestazioni

Pagina 2

Data	Prestazioni

Pagina 3