

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA

Compili 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 i Medici e per tutto il Personale dello studio ed ostacola la miglior riuscita delle cure.

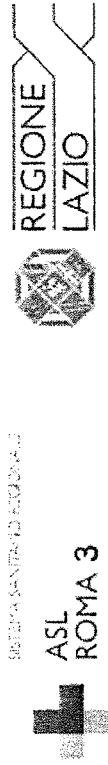
Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie importanti negli ultimi anni ? Se sì, quali ?	SI NO
Assume dei farmaci ? Se sì, quali ?	SI NO
Soffre o ha sofferto di	SI NO
Malattie di cuore ?	SI NO
Ipertensione ?	SI NO
Diabete ?	SI NO
Malattie del fegato(epatiti) ?	SI NO
Malattie del sangue o emorragiche ?	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 lo scopo e la natura dell'intervento diagnostico/terapeutico proposto dal medico e di avere altresì consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivarne.
Presto pertanto 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

ODONTOIATRIA GENERALE

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Telefono

Codice Fiscale

Esenzione

Anamnesi clinica

Data	Prestazioni

PAG 2

Data	Prestazioni

PAG 3