

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA, 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 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? SI NO
- Se sì, quali?

---

- Assume dei farmaci?
- Se sì, quali? SI NO

---

- Soffre o ha sofferto di

  - Malattie di cuore? SI NO
  - Iperensione? 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 sottoscritto .....dichiaro 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.

Firma del Paziente.....  
 Roma, .....  
 Firma del Medico.....



UOC ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

.....

N.

Roma,

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Cognome e Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Telefono .....

Codice Fiscale .....

Esenzione .....

Anamnesi clinica .....

MOD. 5024

