



MODULO DI CONSENSO VISITA MEDICA

Unità Operativa _____ Data _____

Nome del Medico _____

Nome dell'Infermiere/a o dell'Ostetrico/a _____

Dati del/della paziente:

Cognome e Nome: _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Comune _____ Indirizzo: _____

Tel. _____ Cell. _____

Documento d'identità _____

Stato civile _____

Inviata/ Accompagnata da:

1) Nome e Cognome e Qualifica _____

2) Nome e Cognome e Qualifica _____

Io sottoscritto/a _____

AUTORIZZO/A

il Dott. _____ ad eseguire nell'ambito dell'assistenza che questi mi fornisce,

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • ISPEZIONE-CORPORALE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • RACCOLTA-MATERIALI-BIOLOGICI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • RACCOLTA E CONSERVAZIONE
DI EVENTUALI INDUMENTI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • VISITA GINECOLOGICA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • FOTOGRAFIE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Accetto, altresì, che tutti i reperti e le foto siano archiviati con cura, per opportuna documentazione a fini diagnostico-terapeutici, nel rispetto delle norme sulla privacy.

Data e luogo _____

Firma e timbro del Medico

Firma del/della Paziente e o Tutore Legale