



## 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<br>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