

**IL CONSENSO INFORMATO**  
**Prestazione Sanitaria di Pratica Non Convenzionale**

.....

Studio Medico Dr. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di ricevuta informazione e CONSENSO a prestazione sanitaria di PRATICA NON CONVENZIONALE**

(da indicare)

Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari, e, comunque, già verbalmente illustrati

• **Situazione obiettiva riscontrata nella visita:**

\_\_\_\_\_

• **Descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e possibile con la metodica non convenzionale:**

\_\_\_\_\_

• **Tecniche e/o materiali impiegati:**

\_\_\_\_\_

• **Benefici derivanti:**

\_\_\_\_\_

• **Rischi derivanti e possibile andamento terapeutico da segnalare:**

\_\_\_\_\_

• **Eventuali complicazioni ed esiti:**

\_\_\_\_\_

• **Comportamenti da seguire per evitare complicazioni successive all'atto medico:**

\_\_\_\_\_

• **Valutazioni del medico circa la efficacia e tolleranza del trattamento sopra descritto**

\_\_\_\_\_

• **Interventi alternativi con la medicina tradizionale**

\_\_\_\_\_

• **Altre informazioni relative anche alla compatibilità con altri trattamenti convenzionali precedenti o contestuali:**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e soprascritte relative al proprio stato di salute e di aver compreso termini e modalità dell'intervento diagnostico/terapeutico proposto dal medico, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo.

Sulla base di quanto sopra formula pertanto il proprio (1) \_\_\_\_\_ all'effettuazione delle terapie illustrate ed indicate, con applicazione di quelle previste dalla Medicina non convenzionale.

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

Padova, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del cittadino o di chi ne fa legalmente  
le veci nei casi espressamente previsti da legge  
o dal Codice di Deontologia)

\_\_\_\_\_  
(firma del medico)

