

■ BEATA CORTE

Comunità Terapeutica Riabilitativa per minori  
Via Nazionale, 12 • 62020 Loc. Caccamo Serrapetrona MC  
Tel. 0733 904316 • Fax 0733 965123  
beatacorte@neomesia.com • www.neomesia.com

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO MEDICO SANITARIO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Tutore
- Parente (specificare grado) \_\_\_\_\_
- Garante
- Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato dall'Equipe Terapeutica della Residenza "Beata Corte" sulla natura e gli scopi con attinenza alle mie (o del paziente in procinto di ricovero) condizioni cliniche, del trattamento medico prospettato; dichiaro di essere stato informato sugli svantaggi derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento e di essere consapevole dei rischi generici inerenti il trattamento medico da attuarsi, esposti in modo chiaro e per me comprensibile, con particolare riguardo a quello che il mio caso (o del paziente in procinto di ricovero) richiede, alle relative tecniche di esecuzione, alle possibili complicanze che da questo possono derivare anche qualora venga espletato secondo tutte le tecniche dell'arte con perizia, prudenza e diligenza. Dichiaro, inoltre, che alle domande da me poste è stato risposto in modo comprensibile ed esauriente.

Pertanto:

Acconsento       Non acconsento

Di essere sottoposto (a che il paziente in procinto di ricovero sia sottoposto) al trattamento medico che mi è stato proposto.

Serrapetrona (MC) li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile