

STUDIO DENTISTICO CASTELLI

Via delle Nazioni 117/b 48122 Marina di Ravenna (RA)

Tel 0544 531804

MODULO DI CONSENSO

Parte 1

Io sottoscritto

In nome o per conto di (dati paziente)

Quale.....(specificare lo stato giuridico)

Nato/a a (paziente)il//

Residente a cap.....

Indirizzo

Indirizzo e mail

Codice Fiscale dell'intestatario delle fatture

Telefono abitazione..... Telefono Ufficio

Cell. Mamma Cell. Papà

Referente

Informato sui diritti e sui limiti di cui all'art. 13 D.Lgs n° 196/03, concernente "la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" esprimo il mio consenso e autorizzo il personale dello studio al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente a fini diagnosi, cura, prevenzione e ricerca – in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi.

Data..... Firma

(specificare lo stato giuridico)

(Segue parte 2)

Parte 2 (da firmare al termine della prima visita)

CONSENSO ALLE CURE ODONTOIATRICHE

In relazione al programma terapeutico di

Avendo ricevuto tutte le informazioni necessarie in merito esprimo il mio consenso informato ed autorizzo a procedere con la terapia programmata.

Autorizzo inoltre l'operatore sanitario a mettere in atto tutte le procedure necessarie mirate al controllo del dolore e dell'ansia legate alla relativa terapia.

Data..... Firma
(specificare lo stato giuridico)

In caso di minori che per le terapie raggiungeranno e lasceranno lo studio autonomamente e non accompagnati dai genitori, si solleva lo studio dentistico Castelli da ogni responsabilità per incidenti in itinere e per comportamenti irresponsabili in sala d'attesa.

Data..... Firma
(specificare lo stato giuridico)