

**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)