



CASSA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DI ROMA E DEL LAZIO

**sanimpresa**

Centro Cardiologico Via G. Vico, 1 - Roma

**CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere stato informato dal dott. \_\_\_\_\_ in relazione alla/e prestazione/i cui dovrà sottoporsi, consistenti in:

<input type="checkbox"/> Visita cardiologica con ECG	<input type="checkbox"/> Ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> Test ergometrico (prova da sforzo)
<input type="checkbox"/> Holter ECG	<input type="checkbox"/> Holter pressorio	<input type="checkbox"/> Tilt Test

e di averne pertanto ben compreso:

- Le finalità;
- I rischi/inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- La durata della/e prestazione/i;
- La possibilità di ritirare il presente consenso in qualsiasi momento;

**DICHIARA INOLTRE**

- ❖ che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- ❖ in caso di **donna in età fertile** (dal menarca fino ai 50 anni), di poter escludere un eventuale stato di gravidanza: sì  no

**PERTANTO, FIRMANDO IL PRESENTE MODULO**

- ✓ **DA' IL PROPRIO CONSENSO ALLA/E PRESTAZIONE/I**, autorizzando i medici operanti nel Centro Sanimpresa a sottoporre lo/a stesso/a al/ai trattamento/i in premessa;
- ✓ esprime consenso al **trattamento** dei **dati personali** e dei **dati sensibili** relativi alla propria persona nel rispetto della normativa sulla privacy;
- ✓ dispone che ogni eventuale comunicazione possa essere data, oltre che al/alla sottoscritto/a, anche al/alla Sig/Sig.ra .....

Data e firma del paziente

.....

*(Parte riservata al medico)*

Il paziente ha ricevuto tutte le informazioni necessarie, ed ha espresso liberamente il suo consenso.

IL MEDICO\* DR. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma .....