

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST



ACCORDO SULL'INFORMAZIONE

MR MGB 019
Rev. 0
del 03/08/2016
Pag. 1 di 1

Io sottoscritto/a Sig. _____ nato il _____
a _____

dichiaro di essere stato/a informato/a dal Medico Dott./Dott.ssa _____
di avere diritto:

- Al rispetto della mia persona e della mia dignità
- Ad essere informato in modo completo e comprensibile riguardo:
 - Al mio stato di salute e all'evoluzione della malattia
 - Alle procedure diagnostico-terapeutiche necessarie, per la cui esecuzione potrò esprimere o meno il consenso
- A poter esprimere la mia volontà di non essere informato/a sulla mia situazione di malattia, conservando il diritto al miglior trattamento previsto dagli standard terapeutici attuali

Dichiaro, inoltre, che le notizie relative al mio stato di salute vengano fornite:

- Solo a me
- A me e a _____ (specificare)
- Sola a _____ (specificare)
- In caso di incoscienza a _____ (specificare)

Chiedo che vengano rispettate le mie scelte dettate dalla mia fede religiosa, dalla mia cultura, dai miei ideali e valori etici e che esse vengano tenute in massima considerazione nel momento in cui mi verrà suggerita una proposta terapeutica, in relazione soprattutto alla qualità della mia vita futura.

Chiedo pertanto di poter usufruire dell'assistenza religiosa della fede che professo:

- Sì _____ (specificare)
- No

Autorizzo il personale dell'Unità Operativa al trattamento dei dati sensibili (DL n. 196 del 30.06.2003).

Firma del Medico _____

Firma del Paziente _____

Data _____