

Dichiarazione di consenso informato alla Assistenza Domiciliare

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

dichiaro il mio consenso a :

- essere assistito/a, presso il mio domicilio, dal personale medico ed infermieristico della Sezione AIL di Prato
- ricevere, dopo aver ricevuto diretta, chiara ed esauriente informazione sulle finalità e sulle modalità di esecuzione, sui possibili rischi e possibili complicanze, il trattamento propostomi e l'eventuale supporto trasfusionale.

Sono stato/a informato/a della possibilità di poter chiedere in qualunque momento ulteriori informazioni in relazione al piano assistenziale ed alla terapia, e di poter negare il consenso al trattamento.

Dichiaro inoltre di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy (D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni).

Data, _____

Firma _____