

In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di

.....

Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e le sue possibili complicanze:

1. **DOMANDA:**.....

RISPOSTA.....

Ritengo quanto precede chiaro ed esauriente.

Firma del paziente Timbro e firma del medico.....data.....

CONSENSO ALL'INTERVENTO DI

IO.....

NON SI ACCONSENTE / SI ACCONSENTE all'effettuazione dell'intervento chirurgico su indicato

Firma del paziente.....data.....

NON AUTORIZZO / **AUTORIZZO** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento (es.....) nel solo interesse della salute della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate.

Firma del paziente.....data.....

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Firma dell'interprete

documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....

documento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello)

Firma del testimone.....

documento.....Data.....