

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto _____ conferma che gli è stato
chiaramente spiegato:

- la sua situazione clinica
- il significato e le finalità della prestazione specialistica
- le possibilità di guarigione
- le entità dei rischi
- le probabilità di guarigione senza o con altro intervento

Acconsente inoltre che il materiale radiografico e fotografico possa essere
utilizzato a scopo didattico.

Data _____

Firma _____

