

## PER I PAZIENTI NON DI LINGUA ITALIANA

**A=** Dichiaro di comprendere bene la lingua italiana e di avere ben compreso sia le informazioni datemi che il consenso prestato

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

LUOGO.....

DATA.....

**B=**Dichiaro che per la comprensione delle informazioni e la prestazione del consenso mi sono avvalso di interprete, in persona del Signor

.....

Firma del Paziente o del Genitore/Tutore

.....

Dichiaro di avere fedelmente tradotto al  
Signor.....le informazioni ed il  
consenso e che il Paziente mi ha assicurato di averli esattamente compresi.

L'interprete.....

Residente  
in.....

Documento  
identità.....

Firma dell'interprete

.....

Firma del Signor.....in qualità

di.....

per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle n°.....pagine che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e dichiarazione di consenso all'intervento chirurgico a cui il paziente deve essere sottoposto.

.....

FIRMA DEL MEDICO .....

DATA .....

Revisione:	Data:	Elaborato da:	Approvato da:
2	19.10.2009	TEAM R.Q. O.R.L.	PRIMARIO