

Nome Paziente; Cartellino Paziente:

medalp[®]

centrum voor ambulante chirurgie -Imst

Dokumentsprache: **D_E_F** | **NL_RUSS_POL**

INFORMAZIONI SUI RISCHI DELL'OPERAZIONE

Prima di autorizzare il programmato intervento operatorio/diagnostico, La informiamo che non potrà essere garantita con assoluta certezza una completa guarigione e che potranno verificarsi dei rischi generali relativi all'intervento. In rari casi potrebbero verificarsi in particolare le seguenti complicazioni: Trombosi/Embolie, Danni nervo-/vascolari, Rottura/allentamento delle placche metalliche, Disturbi alle ferite, Infiammazioni alle articolazioni/ossa, Epatiti, Limitazioni alla deambulazione.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALL'OPERAZIONE

Dichiaro di essere stato informato con accurato colloquio circa il tipo di malattia/lesione e sulle conseguenze previste dalle misure sanitarie. Sono stato altresì informato sul tipo, la realizzazione e lo scopo dell'intervento previsto, come pure sui vantaggi e gli svantaggi, anche rispetto ad altri metodi di trattamento e sui pericoli tipici. Sono stato informato su possibili conseguenze fisiche, psichiche o professionali nel periodo post-operatorio.

Le mie domande hanno avuto risposte esaurienti. Sono a conoscenza che posso rivolgere ulteriori domande ai medici curanti e che sono autorizzato a revocare il mio consenso.

Sono stato istruito sul comportamento da tenere prima e dopo l'intervento chirurgico programmato. Ho rinunciato ad ulteriori chiarimenti.

Io/noi sono/siamo d'accordo sull'intervento diagnostico programmato a mio/nostro figlio/a, anche se, durante l'operazione le circostanze richiedessero una dilatazione o una modifica delle misure sanitarie previste, se queste si rendessero necessarie.

Assicuro di aver dichiarato tutte le malattie e i disturbi noti nella mia storia clinica.

Confermo di essere stato informato del costo previsto dell'operazione. Nel caso in cui la mia assicurazione malattia o antinfortunistica non garantisca la piena copertura delle spese mi farò carico personalmente della differenza d'importo.

Dichiaro di non avere ulteriori domande in merito al colloquio medico informativo, ai metodi alternativi di trattamento, ai rischi tipici collegati alla procedura né tantomeno al pagamento dell'intervento chirurgico.

Le parti contrattuali pattuiscono per eventuali controversie derivanti dal presente contratto di trattamento e dal conteggio o dalla nota d'onorario il tribunale materialmente competente per 6460 Imst come foro esclusivo nonché l'applicazione del diritto austriaco.

Firma del medico:

Firma del/della paziente:

Data: _____

Data: _____