

Clinica Dentale San Pio X srl

Via Montegrappa 2/A
31039 Riese Pio X (TV)
P.I. 03725240281

Consenso informato esame diagnostico radiografico

Informazione per il consenso al trattamento: **esame radiografico**

Cognome e nome: \$\$cognomenome\$\$

C.F: \$\$codicefiscale\$\$

Indirizzo: \$\$indirizzo\$\$

Gentile paziente, l'Odontoiatra che la seguirà potrà ritenere opportuno suggerirle di sottoporsi ad uno o più esami diagnostici per ottenere informazioni prima, durante o dopo la cura. L'esame radiodiagnostico consente di produrre immagini del suo corpo con diversi mezzi fisici. Gli operatori sono a sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

Se donna in età fertile, le verrà chiesto ogni volta se fosse in gravidanza. Si assume l'obbligo di rispondere in modo sincero, e comunque di rendere noto all'operatore se in stato, anche dubbio, di gravidanza.

Se si ritiene sufficientemente informato/a sulle indicazioni ed i limiti dell'esame radiodiagnostico a cui potrà essere sottoposto, nonché degli eventuali rischi connessi e del rapporto rischio/beneficio?

Se sì, apponga la firma.

Se attualmente non e' in stato di gravidanza, apponga la firma.

Riese Pio X, li \$\$data\$\$

Clinica dentale San Pio X

Direttore sanitario dott. Giovanni Toniolo

\$\$dottore\$\$

--

Firma paziente (o di chi ne fa le veci: madre, padre, tutore)

\$\$delegato\$\$