

Clinica Dentale San Pio X srl

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

CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA

Io sottoscritto/a: \$\$cognomenome\$\$

nato/a il: \$\$datanascita\$\$

a: \$\$luogonascita\$\$

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

DICHIARO

Di essere stato informato dal Dr. \$\$dottore\$\$
della patologia di cui sono affetto, delle finalità e delle modalità del piano di trattamento, dei suoi rischi
nonché delle conseguenze della sua eventuale mancata esecuzione; e pertanto

AUTORIZZO

l'esecuzione della procedura terapeutica indicata, nonché le eventuali variazioni che dovessero rendersi
necessarie per fattori al momento imprevedibili.

PIANO DI TRATTAMENTO PROPOSTO

Tipo di terapia:

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\$\$