



Matteo Benedet
chirurgo plastico

PROTOCOLLO DI CONSENSO INFORMATO AD
INTERVENTO CHIRURGICO O LASER

Sede _____ data _____

Io, Nome _____ Cognome _____

Autorizzo il Dr Matteo Benedet e i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento:

L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal Chirurgo e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

Autorizzo il Dr. Matteo Benedet e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo postoperatorio. Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel postoperatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento. Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche. Acconsento a essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a fini scientifici e/o divulgativi: L'immagine dell'interessato (foto/audiovideo etc) potrà essere utilizzata dal Dr Matteo Benedet nell'ambito di manifestazioni e pubblicazioni scientifiche e non; per eventi di natura medica; per fini scientifici e/o divulgativi.

Firma del/della Paziente _____

Firma del Chirurgo _____