

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CON PRP

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____

Presentato il (data) _____ presso il Centro Medico Galeno, sono stato/a informato dal Dott. _____ che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto/a ad un trattamento di PRP.

Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dott. _____ in ordine alle mie condizioni cliniche, ai rischi connessi alla procedura. Ho preso coscienza di quanto mi è stato spiegato dal Dott. _____ e confermo di aver capito e non avere ulteriori dubbi. 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 _____ nell'ambito di manifestazioni e pubblicazioni scientifiche e non; per eventi di natura medica; per fini scientifici e/o divulgativi.

Milano, _____

Nome _____ Cognome _____

Firma del Paziente _____

Data _____

Firma del Medico _____

Firma del Paziente _____