

CONSENSO INFORMATO CLISMA OPACO CON DOPPIO CONTRASTO

Nome e Cognome del Paziente: _____ nato/a a _____

_____ il _____

- **dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa _____ riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da essa possono derivare;
- **conferma** di aver ricevuto l'informativa e di aver ben compreso le spiegazioni che gli sono state fornite e pertanto **acconsente** a sottoporsi a questa procedura;
- **accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili.

- Dati identificativi dei genitori (se minore d'età) _____

- Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale) _____

Data ____ / ____ / ____ **Firma del Paziente** _____

Firma del Medico Curante _____

Firma del Medico Operatore _____

Direttore
Dr. Paolo D'Andrea

Coordinatore TSRM
Tel. 0437/516525 dalle 13 alle 14
Fax 0437/944964
e-mail: vincenzo.formica@ulss.belluno.it

Coordinatore Infermieristico
Tel. 0437/514152 dalle 8 alle 14
Fax 0437/516229
e-mail: elvira.debiasio@ulss.belluno.it

Segreteria
Sportello: dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17
Tel. 0437/ 516854 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12
e-mail: seg.radiologia@ulss.belluno.it

Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
800890500 da telefono fisso
0437/943890 da estero o cellulare