



Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura



Oncologia Domiciliare

## **CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA"**

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

Essendo stato informato dal Dr. \_\_\_\_\_ sulle mie condizioni cliniche, sulla metodica e sulle modalità di esecuzione del trattamento con "Agopuntura", nonché sulle possibili complicanze, ed avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato

### ACCONSENTO

ad essere sottoposto/a al trattamento con tale procedura.

Firma del paziente

Firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Legge n° 675/96 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ informato sui miei diritti e sui limiti di cui alla legge n°675/96, concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali",

### ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli sensibili a carattere sanitario, esclusivamente ai fini di diagnosi, di cura e di ricerca scientifica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_