

**CONSENSO INFORMATO CISTOURETROGRAFIA**

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 Richiedente** _____**Firma del Medico Operatore** _____