

**MODULO INDICATIVO DEI DOCUMENTI INFORMATIVI PRESI IN CONSEGNA
PER TRATTAMENTO/INTERVENTO DI _____**

Luogo e Data _____

Io sottoscritto Sig./ra _____

DICHIARO

di aver **preso visione del contratto sanitario** relativo al trattamento/intervento prescrittomi e di aver ricevuto in consegna i seguenti documenti informativi:

- Raccomandazioni da seguire PRIMA del trattamento/intervento
- Ricetta farmaci pre e post trattamento/intervento
- Consenso Informato al trattamento/intervento
- Raccomandazioni da seguire DOPO il trattamento/intervento

Firma del paziente

Nome e Cognome Assistente Personale: _____