

SERVIZIO DI RADIOLOGIA
Consenso all'esecuzione di un **Esame Radiologico**

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto/a _____ o il tutore _____ nato/a a _____ il _____ dichiara di essere stato informato in maniera **comprensibile ed esauriente**, sull'esame radiologico richiesto di volersi sottoporre alla seguente metodica:

RX Mammografia TCsenzaMDC ECO _____ Altro _____

Ha eseguito Esami Radiologici nell'ultimo anno? SI NO

Esami eseguiti tipo _____ data _____

Esami eseguiti tipo _____ data _____

Esami eseguiti tipo _____ data _____

Per quale motivo effettua l'esame radiologico? _____

Data dell'ultima mestruazione _____

Ritiene di essere in stato di gravidanza? SI NO NON SO'

Firma Radiologo _____ **Firma Resp. Radiologia** _____

Firma del paziente _____ **Data** _____

Assenso per minori

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore di
acconsente all'esecuzione dell'esame di RX MAMMO TCsenzaMDC ECO

Firma Data

I dati sensibili qui riportati saranno consultati da personale autorizzato come previsto dall'art. 13 D.Lgs n°196/2003.