



SALUS
CENTRO MEDICO

Poliambulatorio Specialistico
Diagnostico - Terapeutico
Dir. San. Dott. Diego Gaspari

CONSENSO INFORMATO ALLE INDAGINI RADIOLOGICHE

Il/la sottoscritto/ _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____

sono stato informato ed edotto dal personale dei potenziali effetti dannosi delle radiazioni ionizzanti, avendo, tuttavia, compreso l'importanza del contributo che gli esami radiologici recano nella formulazione di una corretta diagnosi e dei benefici che a ciò conseguono

accetta

- di sottoporsi
- di sottoporre il/la figlio/a _____

alle indagini prescritte, comportanti l'esposizione a radiazioni ionizzanti,

ed in particolare all'esame _____

Nogara, _____

In fede

COMPILARE SOLO SE PAZIENTI DONNE IN ETA' FERTILE

Dichiaro di **non essere** attualmente in stato di gravidanza accertata o dubbia.

Nogara, _____

In fede
