

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (___), il _____,
residente a _____ (___), indirizzo _____, in qualità di ☐ assistito / ☐ caregiver
/ ☐ rappresentante legale (del paziente cognome _____ nome _____),

ACCONSENTO

all'attivazione dei servizi di cure domiciliari di B. Braun Milano S.p.A., e

DICHIARO:

1. di essere stato/a informato/a dal personale del servizio di cure domiciliari di B. Braun Milano S.p.A. sulla natura e sulle caratteristiche del programma di assistenza che verrà messo in atto, le cui prestazioni, in particolare, riguardano:
 - trattamenti sanitari secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
 - il monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti non invasivi;
 - altri possibili interventi sanitari fisioterapici, sociosanitari e infermieristici secondo le necessità specifiche che si manifesteranno;
 - visite specialistiche erogabili previa richiesta al Medico di Medicina Generale (MMG) o al Pediatra di Libera Scelta (PLS);
2. di essere stato/a informato/a di poter rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento;
3. di essere a conoscenza che i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza; e
4. di essere stato/a informato dei rischi e benefici del trattamento ed eventuali alternative, inclusa la possibilità del non trattamento.

Luogo e data

Firma (leggibile) dell'assistito /
caregiver / rappresentante
legale

Firma (leggibile) dell'operatore
