FARMACIE COMUNALI RIUNITE

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
telefono _____

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
telefono _____

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO in caso di MINORE/INCAPACE
In qualità di genitore/i-tutore/i legale/i di
_____
Nato/a a _____ il _____
CF _____

Dichiaro/iamo il mio/nostro consenso alla prestazione infermieristica e/o al ciclo di prestazioni (se previste più sedute):

(specificare il tipo di prestazione)

_____

presso le Farmacie Comunali Fratelli Cervi; Ospedale H24; Pappagnocca, nell'ambito della farmacia dei servizi.

☐ Per la suddetta prestazione è stata presentata regolare prescrizione medica.
(barrare se necessario e allegare la documentazione)

Dichiaro/iamo di essere stato/a/i informato/a/i della possibilità di poter chiedere in qualunque momento ulteriori informazioni in relazione al piano assistenziale ed alla terapia, e di poter negare il consenso al trattamento.

Dichiaro/iamo di essere stato/a/i informato/a/i sugli eventuali effetti indesiderati e sono consapevole che, qualora si verificassero, sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Dichiaro/iamo di essere stato/a/i informato/a/i che la responsabilità della corretta conservazione del farmaco non è in capo alla farmacia che eroga il servizio qualora la prestazione non avvenga contestualmente alla dispensazione dello stesso.

Il consenso espresso con la presente è da ritenersi riferibile a tutte le operazioni direttamente o indirettamente collegate al tipo di prestazione richiesta dall'assistito presso la farmacia.

Data e firma dell'assistito o del/i di genitore/i-tutore/i legale/i

_____

_____

Qualora il consenso in oggetto venga firmato da un solo genitore, visti gli artt. 316, comma1, 337 ter, comma 3, e 337 quater del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.