

**INFORMATIVA ALLA PAZIENTE PER L'ESECUZIONE
DI ESAMI DIAGNOSTICI DI RADIOLOGIA MEDICA.
DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E DI NON GRAVIDANZA**

IO SOTTOSCRITTA _____ DOVENDO ESSERE
SOTTOPOSTA AD ESAMI DI RADIOLOGIA,

DICHIARO

- 1) DI ESSERE STATA ESAURIENTEMENTE INFORMATATA SUL DIVIETO (AI SENSI DELL'ART. 111 D.LGS 230/1995) DI IMPIEGO A SCOPO DIAGNOSTICO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI NELLE DONNE CON GRAVIDANZA DICHIARATA, IN CONSIDERAZIONE DELLE POSSIBILI CONSEGUENZE NEGATIVE PER L'EMBRIONE O IL FETO;
- 2) DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA NE' PRESUMO DI ESSERLO.

ACCONSENTO

PERTANTO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI _____ COME DA
PRESCRIZIONE MEDICA.

DATA _____ FIRMA DELLA PAZIENTE _____

DATA _____ FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO _____

Con la presente autorizzo la Figebo Centro Polispecialistico S.r.l. a contattarmi, telefonicamente, al fine di avvisarmi della scadenza annuale relativa al controllo Mammografico/ Ecografico.

DATA _____ FIRMA DELLA PAZIENTE _____