

SCHEDA DI ACCESSO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'assistito/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____

a _____ () C.F. _____

Residente a _____ () Via _____ n. ____

C.A.P. _____ Recapito telefonico _____

Necessita della seguente prestazione:

Medicazioni: n° _____ e frequenza _____

Terapia iniettiva e infusione:

- Iniezione intramuscolare
- Iniezione sottocutanea
- Iniezione endovenosa
- Infusione di farmaci (esclusi i chemioterapici anitblastici)

Farmaco da somministrare: _____

Posologia: _____

Durata e frequenza del trattamento: _____

Altre indicazioni utili per l'effettuazione del trattamento ed eventuali intolleranze: _____

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO CURANTE

Il sottoscritto Dott. _____ si rende disponibile per eventuali necessità al numero telefonico e/o cellulare _____

Dichiara, inoltre, di aver informato il proprio assistito _____ sui trattamenti a cui sarà sottoposto e di averlo reso consapevole dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare da tali trattamenti che, anche se attuati con perizia, prudenza e diligenza, non sono ragionevolmente esenti da un certo margine di rischio

Timbro e firma del Medico

Data _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili (D.L. 196 del 30/06/2003)

Io sottoscritto _____ **DICHIARO** di aver ricevuto le informazioni di cui all'ART. 13 del D.L. 196 del 30/06/2003 "codice in materia di protezione dati sensibili" ed informazioni relative alle prestazioni sanitarie da erogare per le quali **ESPRIMO IL CONSENSO**

Firma dell'assistito

Data _____