

Dichiarazione di consenso all'intervento di chirurgia refrattiva con laser a eccimeri

Sig./Sig.ra.....

- Confermo di aver letto e compreso il documento informativo "Correzione della miopia, dell'iperopia e dell'astigmatismo tramite laser ad eccimeri" messi a disposizione dal mio medico.
- Confermo che mi atterrò alle prescrizioni sul comportamento e sul trattamento medico durante la fase postoperatoria fino a completa guarigione.
- Confermo di aver risposto alle domande sullo stato generale di salute in modo completo e veritiero.
- Durante il colloquio con il medico sono state discusse in particolare:
 - La scelta del metodo migliore di trattamento
 - I rischi connessi
 - I possibili effetti collaterali
 - Le possibilità di successo parziale o completo
 - I costi dell'intervento e il rapporto con gli assicuratori malattia.
- Confermo di avere avuto la possibilità di porre tutte le domande che desidero e di aver ricevuto risposta esaustiva alle stesse.
- Sulla base di tutte le informazioni ricevute ho deciso liberamente di sottopormi al trattamento previsto secondo i parametri seguenti:

Tecnica prevista:	<input type="radio"/> PRK	<input type="radio"/> LASEK	<input type="radio"/> LASIK
Occhio:	<input type="radio"/> Occhio destro	<input type="radio"/> Occhio sinistro	
	<input type="radio"/> O entrambi gli occhi	<input type="radio"/> O stessa seduta	<input type="radio"/> O sedute separate
- Sono cosciente sulla possibilità che fattori imprevedibili durante l'intervento possano modificare il piano di trattamento previsto o rendere necessari trattamenti supplementari.
- Affido al chirurgo la facoltà di prendere tutte le misure necessarie e idonee qualora fattori imprevedibili durante lo svolgersi dell'intervento lo richiedessero.
- Sono stato informato che il Centro Laser Lugano SA non emette fatture secondo TarMed.

Luogo e data

Paziente

Medico responsabile dell'informazione

Via Torricelli 39A
CH - 6900 Lugano

Tel: +41 91 973 10 87
Fax: +41 91 973 10 85

info@franscini.com
www.franscini.com