

CONSENSO INFORMATO PER MANOMETRIA RETTALE/CICLO DI BIOFEEDBACK PELVICO

Io sottoscritto _____, acconsento:

- a sottopormi alla seguente procedura diagnostica, MANOMETRIA ANO-RETTALE,
- a sottopormi alla seguente procedura di CICLO BIOFEEDBACK PELVICO

la natura e gli scopi della/del quale mi sono stati spiegati da
Dott. _____

Dichiaro di essere informato sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui rischi connessi, immediati o futuri, sui vantaggi conseguibili dai risultati, nonché sugli svantaggi della mancata esecuzione della procedura.

Alle domande da me poste è stato risposto dal Dott. _____

NB: Si informa che per l'esecuzione degli accertamenti sopra riportati vengono utilizzati esclusivamente specifici sondini ano-rettali monouso.

Torino, ____/____/____

Il Paziente

Confermo che ho spiegato la natura e gli scopi delle procedure sopra riferite.

Il Medico
