

FAC SIMILE CONSENSO A RIPRESE FOTOGRAFICHE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI RIPRESE FOTOGRAFICHE PER FINALITÀ SANITARIE

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: _____

Nome: _____

Questa sezione è da compilare a cura di:

- Paziente
- Genitore
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Persona di fiducia (in caso selezionare e compilare delega sottostante)

In merito alla possibilità che, nel corso di procedure terapeutiche, vengano eseguite **riprese fotografiche** della lesione trattata, da utilizzarsi **esclusivamente a fini clinici e assistenziali** per monitorare l'evoluzione della lesione da decubito e prevenire eventuali complicanze infettive (come infezioni batteriche):

DICHIARA CHE

- Acconsente liberamente e consapevolmente all'esecuzione delle riprese fotografiche, secondo le linee guida e le buone pratiche cliniche.
- NON acconsente all'esecuzione delle riprese fotografiche.

INOLTRE DICHIARA

Nel caso in cui non sia in grado di prestare direttamente il consenso, **delega** la seguente persona di fiducia:

Cognome: _____

Nome: _____

Tipo documento: _____

Numero documento: _____

FIRME

Firma del paziente/assistito: _____

Firma per consenso (se diverso dal paziente): _____

Data: _____ **Ora:** _____

Firma del delegato (se presente): _____

Firma del professionista: _____