

*Dr ALESSIO GIUGLIANO*  
MEDICO CHIRURGO

STUDIO: VIA PARISI ,8 SAN GENNARELLO DI OTTAVIANO  
FUORIGROTTA VIA S.VENIERO, 17 –NA-  
TEL. 081/2393200  
CELL. 3394439100  
(per prenotazioni 3921878870)

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO** (sent. Cassazione n. 4394 1985)

*Io sottoscritt .....*

*nato/a.....il.....*

*attesta, dichiara e conferma di aver ricevuto dal Dr Alessio Giugliano e dai suoi collaboratori, chiare ed estese spiegazioni relative alla operazione chirurgica di*

*.....*

*alla quale intende definitivamente di sottoporsi dopo le consultazioni ed i colloqui esplicitamente intrattenuti.*

*Dichiara di essere stato diffusamente e specificamente informato sulle caratteristiche e le modalità dell'operazione insieme con quelle dei trattamenti curativi di qualsiasi natura ad esse riferiti.*

*Il/la sottoscritto/a conferma e dichiara che a seguito dei colloqui adatti alla propria informazione culturale e sociale ed alla propria condizione psicologica, nei riguardi della natura dell'atto chirurgico di cui trattasi, ha meditatamente deciso di essere operato/a, con **CONSENSO PIENO E LIBERO**, senza alcuna costrizione o suggestione comunque e da chiunque esercitata.*

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre quanto segue:*

- 1. autorizza il chirurgo operatore a prendere le decisioni curative complementari che egli ritenga utili, in scienza e coscienza, al raggiungimento del migliore risultato possibile,*
- 2. si propone di assumere esplicite informazioni sull'impegno finanziario al quale deve far fronte e di concordarne le intrinseche modalità prima dell'intervento,*
- 3. accetta di essere ricoverato come paziente solvente in proprio,*

*il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver chiaramente compreso ed inteso senza alcuna incertezza di dover affrontare i rischi di eventuali complicanze (algie, dolorabilità diverse, ed altri) o di esiti cicatriziali incongrui, imprevedibili e sempre possibili, per motivi di ordine naturale e biologico, come pure di dover prevedere l'ipotesi dell'insorgenza di eventi infiammatori di diversa natura e tipo, ivi comprese le discromie cutanee ( macchie della pelle) e gli edemi secondari (gonfiori).*

*Il/la sottoscritto/a conferma, attesta e sottoscrive di aver ricevuto anche particolareggiate ed approfondite delucidazioni sull'anestesia necessaria per l'operazione e sulle sue possibili complicanze, sia che si tratti dell'anestesia locale che generale, con particolare riguardo alle reazioni generali o locali ai farmaci indispensabili e necessari.*

*Dichiara di essere stato/a messo/a a conoscenza della necessità di controlli postoperatori nei tempi indicati dai curanti.*

*Il/la sottoscritto/a attesta e sottoscrive che il Dr Alessio Giugliano ed i suoi collaboratori hanno tenuto conto della capacità di discernimento e di attenzione del medesimo/a sottoscritto/a, di essere stato oggetto della più serena comprensione informativa e chiarificatrice nei confronti della malattia o della difformità che dovrà essere oggetto dell'operazione ed anche della possibilità di miglioramento e del grado di correzione raggiungibile.*

*Il/la sottoscritto/a dichiara che il Dr Alessio Giugliano ed i suoi collaboratori hanno illustrato nei minimi particolari la diagnosi, la prognosi ovvero le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze anche agli effetti di condizioni psicologiche che possono aggravarsi in concomitanza dell'intervento.*

**Il/la sottoscritto/a conferma di essere stato/a compiutamente e diffusamente informato/a sull'eventuale necessità di procedere ad una revisione chirurgica per imprevedibili ed incalcolabili esiti dovuti ad incontrollabili naturali processi di cicatrizzazione e di assestamento delle aree operate.**

- 1. eventuali errori del chirurgo saranno riparati dallo stesso e per tale intervento non verrà corrisposto alcun onorario ad esclusioni delle spese dipendenti dalla Clinica ove verrà effettuato l'intervento*
- 2. In caso che il re-intervento sia effettuato da altro chirurgo rinuncio a qualsiasi forma di rivalsa nei confronti del dr Giugliano in quanto questo non può controllare, giudicare e rispondere dell'operato altrui .*
- 3. accetto di essere fotografata prima e dopo dell'intervento e ..... autorizzo l'uso scientifico delle foto.*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA E CONFERMA DI AVER CAPITO IL SIGNIFICATO DEL PRESENTE DOCUMENTO NONCHE' I CHIARIMENTI SULLE CARATTERISTICHE E LA NATURA INTRINSECA DELL'INTERVENTO AL QUALE DECIDE DI SOTTOPORSI CON ASSOLUTA LIBERTA' DECISIONALE, COMPRENDENDONE APPIENO I MOTIVI, LE FINALITA' E LE POSSIBILI COMPLICANZE MENOMANTI, I RISCHI E LE ALTERNATIVE TERAPEUTICHE.

*Il/la sottoscritto/a dichiara in particolare di voler sollevare indefinitivamente l'operatore da responsabilità civili di qualsiasi genere fermo restando l'obbligo del chirurgo al dovere della diligenza della prudenza e della perizia professionale.*

*Di conseguenza dichiara ed afferma tassativamente di voler rinunciare in qualsiasi tempo e luogo a rivendicazioni economiche per danni civili eventualmente residuati o a risultati **non rispondenti alle aspettative**, derivanti dall'operazione a cui intende sottoporsi, se questi danni non siano coperti dalla garanzia del contratto assicurativo di cui è titolare il chirurgo operatore.*

*Letto confermato e sottoscritto*

*addì.....*

*FIRMA .....*

*Per quanto è stato sopra definito, nel caso di candidato **NON MAGGIORENNE***

*Firme dei Signori.....*

Autorizzo a titolo gratuito il Dr. Alessio Giugliano ad utilizzare le immagini relative al mio intervento, compreso il pre- ed il post-operatorio, per finalità scientifiche, didattiche ed informative quali congressi medici, pubblicazioni scientifiche relative alla chirurgia del seno.

Il sottoscritto (o chi esercita la patria potestà in caso di minore)

.....

Autorizzo a titolo gratuito l' utilizzo e la diffusione delle mie foto e della ripresa video del trattamento per fini didattici, scientifici, divulgativi e promozionali, nonché per pubblicazione sui social ( Facebook, Instagram, ecc...)

Il sottoscritto (o chi esercita la patria potestà in caso di minore)

.....

Inviato per posta elettronica e/o consegnato il.....

**FIRMA PER PRESA CONOSCENZA .....**