



DICHIARAZIONE DI CONSENSO

IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE ICL™

Da completare apponendo una crocetta sulle caselle e firmare

Sig./Sig.ra _____

- Confermo di aver letto e compreso il foglio informativo " *impianto di lente intraoculare ICL per la correzione di un difetto visivo* ".
- Confermo che mi atterrò alle prescrizioni sul comportamento e sul trattamento medico durante la fase postoperatoria fino a completa guarigione.
- Confermo di essere a conoscenza che questo intervento non viene preso a carico dagli assicuratori malattia e di essere quindi responsabile per il pagamento dell'intero importo.
- Autorizzo il medico a comandare la lente intraoculare ICL per i miei occhi assumendomi i costi della lente. (N.B.: la rinuncia dell'intervento dopo l'avvenuta ordinazione della lente comporterà comunque il pagamento della stessa).
- 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 all'impianto di una lente intraoculare ICL™.
 - occhio destro occhio sinistro entrambi gli occhi
 - stessa seduta sedute separate
- Affido al chirurgo la facoltà di prendere tutte le misure necessarie e idonee qualora fattori imprevedibili durante lo svolgersi dell'intervento lo richiedessero.

Luogo e data

Paziente

Questo formulario viene redatto in due copie identiche di cui una verrà custodita dal paziente e la seconda rimarrà nella cartella medica.