



CONSENSO AL PROGRAMMA DI CURE PALLIATIVE (per paziente e la sua famiglia)

Io sottoscritto/a _____

Preso visione della richiesta compilata dal Dott. _____

Accetto liberamente

Il regime di ricovero al programma di Cure Palliative presso l'Hospice di Grumo Appula – AUSL BA/3.

sono informato adeguatamente delle caratteristiche di temporaneità del ricovero (in linea di massima 4 settimane). Pertanto, quando i curanti ravviseranno condizioni che consentano il proseguimento delle cure al domicilio, mi impegno a collaborare al programma domiciliare, o a ricercare altra soluzione assistenziale.

Accetto inoltre

- la presa in cura da parte di ogni medico appartenente all'équipe
- che i miei dati personali possano essere trattati sia in forma cartacea che elettronica nel rispetto delle modalità del Codice della Privacy e mediante l'adozione delle misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/2003

Data _____

Firma del paziente _____

Attesto che il paziente non è in grado di

Esprimere il consenso

Firmare il consenso

Dott. _____
(timbro e firma del medico che presenta la richiesta)

Firma dei familiari _____
(o persona significativa di riferimento per l'ammalato)