



INTEGRAZIONE CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA SPECIFICO PER MINORI E TUTELATI

ETICHETTA PAZIENTE CON CODICE A BARRE

Nome paziente _____
Cognome paziente _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Il sottoscritto, in qualità di

Rappresentante Legale del paziente

entrambi i genitori o chi esercita la potestà genitoriale

tutore

amministratore di sostegno

Nome _____
Cognome _____
nato il ____ / ____ / ____ a _____

Titolare del documento d'identità (documento Rap. Leg.)
n° _____ rilasciato da _____

Nome _____
Cognome _____
nato il ____ / ____ / ____ a _____

Titolare del documento d'identità (documento Rap. Leg.)
n° _____ rilasciato da _____

_____/_____/_____
Data

Firma del paziente genitore (entrambi) tutore amministratore di sostegno

Nome, Cognome e firma del parente a supporto

Nome, Cognome e firma del testimone quando richiesto

Nome, Cognome e firma dell'eventuale interprete

Firma del Medico