DIMISSIONE VOLONTARIA

contro il parere dei sanitari (art. 1 legge 219/2017)

All'Ospedale / Struttura sanitaria (nome) · Reparto o Pronto soccorso

Indirizzo / PEC

Oggetto: dichiarazione di dimissione volontaria contro il parere dei sanitari

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Codice fiscale

Residente in (indirizzo completo)

Telefono

Email / PEC

Nato/a a

il

☐ in qualità di paziente ☐ in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno del/della paziente:

Paziente (cognome e nome, se diverso)

Data di nascita

Ricoverato/a / in pronto soccorso dal

Data e ora di uscita

DICHIARA di voler lasciare la struttura contro il parere dei sanitari, e di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal medico sotto indicato sullo stato di salute, sulla diagnosi anche solo sospetta, sugli accertamenti e sulle cure proposte, sulle alternative possibili e sui rischi, anche gravi, che l'uscita anticipata può comportare.

DICHIARA di aver compreso le informazioni ricevute, di aver potuto fare domande e di assumersi la responsabilità della scelta, nell'esercizio del diritto di rifiutare o revocare il trattamento sanitario (art. 1, comma 5, legge 219/2017).

Motivo (facoltativo)

CHIEDE il rilascio della lettera di dimissione con le indicazioni terapeutiche ☐ e della copia della cartella clinica. È consapevole di potersi rivolgere di nuovo alla struttura o al pronto soccorso in qualsiasi momento.

Luogo

Data

Luogo e data

Firma del/della paziente o di chi lo rappresenta

Il medico che ha dato l'informazione (nome, firma e timbro)

Testimone (nome e firma)

Trattamento dei dati personali: i dati sono raccolti dal soggetto che riceve la dichiarazione e usati solo per il procedimento per cui viene presentata (Regolamento UE 2016/679).