



CASA DI CURA PRIVATA ERNESTO MONTANARI

**ATTO DI ASSENSO  
DI  
PRESTAZIONE DI MEDICINA E CHIRURGIA  
ESTETICA**

M C 12/22 C

**PROF. MICHELE L. ZOCCHI**  
MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA  
Chirurgia Plastica Estetica e Ricostruttiva  
Chirurgia e Riabilitazione Maxillo-Facciale

TORINO - Via Guarini, 4 - Tel. 011 5629206

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ che da ora in avanti sarà brevemente indicata/o come “paziente”,

**lamenta e presenta le seguenti anomalie estetiche:**

---

---

---

---

**richiede al Prof. Michele Zocchi di eseguire i seguenti interventi di medicina/chirurgia sulla sua  
persona:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**CONSENSO INFORMATO**  
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE  
UNA RESPONSABILITA' CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI

## La/il paziente dichiara:

- Di essere stata/o personalmente ed esaurientemente informata/o nel corso delle visite e delle conversazioni, del tipo, finalità e svolgimento dell'intervento richiesto, dei suoi vantaggi, svantaggi, possibili alternative e rischi che l'intervento può comportare. E' altresì stata/o informata/o su ogni conseguenza fisica, mentale che potrebbe verificarsi nel post-operatorio;
- di ritenersi pienamente consapevole del fatto che può rendersi necessario modificare l'intervento nel corso stesso dello svolgimento ed accetta tutte le terapie necessarie prima, durante e dopo l'intervento;
- che nella stesura dell'anamnesi del suo caso, ha menzionato tutti i disturbi avuti e riguardanti il sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, altri organi, ed ha fornito tutte le informazioni necessarie riguardo tutte le medicine ed altri prodotti assunti;

Tutto quanto sopra premesso, dopo aver ricevuto le informazioni richieste e sopra riportate, la/il paziente, Sig.ra/re \_\_\_\_\_

## CONSENTE E CONCORDA

Le seguenti condizioni:

1. Di volersi sottoporre liberamente, coscientemente, consapevolmente ad un intervento di medicina e/o chirurgia, a cura del Prof. Michele Zocchi e di essere completamente ed esaurientemente edotta/o dal medesimo.
2. Di aver ricevuto le informazioni relative alle indicazioni, controindicazioni, rischi e complicanze dell'intervento ovvero tutte le indicazioni pre/post operatorie.
3. di conoscere in forma esaustiva ed accettare l'impiego di materiali autologhi/eterologhi in forma transitoria o permanente per la correzione o il miglioramento dell'inestetismo in esame.
4. Di impegnarsi a seguire non solo le istruzioni del chirurgo ma anche il follow-up da lui raccomandato fino ad almeno sei mesi dall'esecuzione del protocollo terapeutico. L'interruzione del necessario monitoraggio clinico lo esenterà da responsabilità riguardo possibili problemi nel postoperatorio.
5. L'intervento sarà eseguito applicando la diligenza, prudenza e perizia dovuta, in ossequio alle più avanzate esperienze e conoscenze scientifiche e tecnologiche. La/il paziente accetta il rischio di eventuali conseguenze, che potrebbero verificarsi, indipendentemente dall'esattezza della prestazione.
6. La/il paziente consente ed autorizza l'operatore ed eventuali variazioni, correzioni, interventi sopravvenuti o incidentali a seconda delle condizioni intraoperatorie della/del paziente stessa/o e della propria anomalia estetica.
7. La/il paziente consente e riconosce sin d'ora che l'effetto ultimo dell'intervento potrà verificarsi a distanza di tempo per assestamento dei tessuti e della cosiddetta "variabilità individuale", e che potrà prevedere "revisioni" di completamento ancora più probabili nel soggetto in fase di sviluppo.
8. La/il paziente consente e riconosce sin d'ora che possibili interventi "secondari" potrebbero diventare necessari come ulteriori "stadi" nel conseguimento ultimo di un ulteriore miglioramento o come parte di un protocollo terapeutico/chirurgico, non come "correzioni" di precedenti risultati, e come tali saranno soggetti a costi che non sono inclusi nella parcella del primo intervento e saranno a carico della/del paziente.
9. Si dà atto, infine, e si accetta che eventuali complicanze generiche e personali, seppur rarissime, sono inevitabili e non potranno essere addossate all'operato del chirurgo e/o della sua équipe, che garantisce il massimo della serietà e capacità professionale richiesta nell'esecuzione della chirurgia.



10. La/il paziente riconosce e comprende che la qualità finale della cicatrice dipende non tanto dall'operato del chirurgo ma soprattutto ed in massima parte dal successivo processo di guarigione, fenomeno biologico variabile, non controllabile e quasi sempre non prevedibile.
  11. La/il paziente comprende e riconosce che essendo il corpo umano asimmetrico per struttura, questo rimarrà asimmetrico anche dopo l'intervento, nonostante tutti gli sforzi e le tecniche usate. A maggior ragione vero quando il protocollo chirurgico è distinto in due parti eseguite singolarmente e con vie d'accesso separate.
  12. La/il paziente nel conferire la sua autorizzazione all'atto chirurgico si impegna a garantire al Prof. Zocchi e/o ai suoi collaboratori il suo impegno a rispettare i controlli post-operatori secondo le modalità e le tempistiche che verranno richieste al fine di poter permettere un'adeguata sorveglianza del decorso post-operatorio. Dichiaro inoltre di essere stata esaurientemente informata che il mancato rispetto della sovraesposta condizione potrebbe compromettere il buon esito dell'intervento.
  13. La/il paziente autorizza l'utilizzo delle foto a scopo scientifico e didattico.
- Ai sensi dell'art. 1341 c.c. la parte dichiara di approvare espressamente gli articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 che dichiara di comprendere per essere stati specificamente menzionati, spiegati e compresi.

**ULTERIORI COMMENTI:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

Data : \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

