



**Servizio di video-endoscopia diagnostica e terapeutica**  
**CONSENSO ALLA GASTROSCOPIA**

Io sottoscritto..... nato il .....

**Sono stato esaurientemente informata/o sull'endoscopia e sui rischi ad essa connessi.**

**Acconsento a sottopormi alla procedura in questione.**

**Acconsento alla sedazione**

**Non acconsento alla sedazione**

Firma del Paziente ..... Data .....

Il Medico Specialista Endoscopista ha verificato che il Paziente ha compreso quanto illustrato.

Firma del Medico Endoscopista .....

Firma dell'Infermiere .....

**N.B. Questo foglio deve essere firmato e consegnato il giorno dell'esame**

Mod. End. 15.0