

Dichiarazione di assenso

Nome Indirizzo

Cognome CAP/Città

Data di nascita

Do il consenso per la foratura delle mie orecchie. Dichiaro di avere letto le informazioni che seguono riguardanti la foratura dell'orecchio e di averne preso atto al fine di prevenire eventuali problemi conseguenti all'intervento.

Con la mia sottoscrizione dichiaro quanto segue:

- Non sono sotto cura per alcun problema medico per il quale la foratura delle mie orecchie sia controindicata.
- Non soffro di diabete, epilessia, epatite, non sono affetto dal virus dell'HIV, labirintite o altri problemi cardiaci e inoltre, non sto assumendo farmaci anti-coagulanti.
- Non sono sotto l'effetto di alcool o droga.
- Mi è stato consegnato il tagliando „Indicazioni per la cura del foro all'orecchio“ che ho letto e capito.
- Prendo atto della diversità tra le „Indicazioni per la cura del foro al lobo“ e le „Indicazioni per la cura del foro alla cartilagine auricolare“.
- Sono consapevole del fatto che causa di infezioni possono essere la scarsa igiene, la sensibilità ai metalli o altre cause quasi sempre evitabili seguendo le „Indicazioni per la cura del foro all'orecchio“.
- Sono consapevole che il foro alla cartilagine auricolare, essendo la stessa molto delicata e più soggetta al rischio di rossore, gonfiore e infezione. Accetto il rischio che la non osservanza delle indicazioni potrebbe causare danni permanenti alla cartilagine auricolare.
- Prendo atto del fatto che attività quali il nuoto o l'esercizio fisico, se praticate successivamente alla foratura dell'orecchio, potrebbero aumentare il rischio di infezioni (causa acqua contaminata e/o sudorazione).
- Sottoscrivo inoltre di seguire attentamente le „Indicazioni per la cura del foro all'orecchio“ a me consegnate.
- Sono al corrente che le mie orecchie saranno forate mediante procedure, strumenti e materiali che rispettano le direttive in vigore e garantiscono condizioni igienico sanitarie adeguate. (Ogni pre-orecchino Studex è prodotto in lega metallica priva di nickel e confezionato in *blisters* sterile. La pellicola di sigillo del *blisters* deve essere aperta solamente al momento della foratura).

Controfirmando il seguente modulo dichiaro di avere letto e di avere preso atto di tutte le indicazioni e avvertenze riguardanti la cura del foro all'orecchio e dei rischi che ne conseguono.

.....
Data

.....
Firma

.....
Firma del genitore / tutore (si minorenni)