

	Pre Operatorio RIABILITAZIONE POST-INTERVENTO Informazione al paziente	Mod. 0023	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>riabilitazione</i>	
		Rev. 00	del 03/03/2026

Il medico chirurgo _____

informa il paziente _____

che a seguito di intervento di _____

al momento delle dimissioni potrebbero verificarsi le seguenti condizioni:

NON NECESSITA ☐
DI PERCORSO RIABILITATIVO

NECESSITA ☐
DI PERCORSO RIABILITATIVO

Nel caso in cui non fosse necessario un percorso riabilitativo, il paziente potrà essere dimesso a domicilio, fatto salvo diverse indicazioni del suo MMG.

IL MEDICO CHIRURGO

Il sig./ra _____

dichiara di aver ricevuto adeguata informazione in merito al percorso post-dimissione.

FIRMA DEL PAZIENTE o TUTORE
