



TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Per se stesso:

Il/la sottoscritto/a Signor/a (cognome e nome) _____,
C.F. _____; nato/a a _____, il ___ / ___ / _____,
residente a _____ in Via/P.za _____
Telefono _____ E-mail _____

Esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____, il ___ / ___ / _____,
residente a _____ in Via/P.za _____
in qualità di _____ (specificare se genitore, tutore, amm. di sostegno, ecc)

DICHIARA

- Di aver ricevuto dal fisioterapista informazioni chiare ed esaurienti, nell'ambito del colloquio con lo stesso intercorso, in relazione ai rischi ed ai benefici del trattamento, nonché riguardo alle possibili alternative.
- Di aver ricevuto, in particolare, informazioni chiare ed esaurienti in relazione al trattamento riabilitativo proposto (scelta di materiali, tecniche ed eventuali terapie fisiche e strumentali), nonché possibili effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento del dolore, dolenzie in altre zone del corpo).
- Di aver valutato e approvato il preventivo di massima per la prestazione concordata, e il numero ipotizzato di sedute necessario alla gestione della problematica.
- Di essere consapevole che senza la giusta attenzione alle regole comportamentali e all'indicazione terapeutiche fornite dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati.
- Di accettare liberamente, spontaneamente in piena coscienza il trattamento proposto.
- Di essere consapevole dell'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancato sottoscrizione del presente consenso; altresì consapevole della possibilità di interrompere il trattamento accettato in qualsiasi momento.

DICHIARO INOLTRE DI

- Aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto.
- Aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti.
- Aver avuto il tempo sufficiente per decidere.

PERTANTO, ACCONSENTO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data e Luogo _____

Firma Paziente _____