



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 interlocutore, 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

Ordine interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Parma e Piacenza

Sede Fiscale: Studio Associato Anceschi-Marengi, Via Campesio 10, 29121 Piacenza (PC)

C.f. 92210090343 - E-mail parmapiacenza.ofi@fnofi.it - PEC parmapiacenza.ofi@pec.fnofi.it