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