

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Il/la sottoscritto/a (*) _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente a: _____

In Via _____ Cellulare: _____

In qualità di Genitore/Rappresentante Legale

Di _____ C.F. _____ nato/a a _____

Il ___/___/___ e residente a _____ in via _____

DICHIARO DI:

Essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Centro Medico Villa Rosa:

- Sul tipo di trattamento fisioterapico proposto: tecniche, materiali e mezzi utilizzati;
- Sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento fisioterapico suddetto;
- Sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze e/o effetti collaterali;
- Sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- Sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento fisioterapico;
- Sull'impossibilità a procedere al trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- 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;
- Essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento fisioterapico proposto e sulle conseguenze in caso di rifiuto;
- Aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- Essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento fisioterapico proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- Essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Centro Medico Villa Rosa.
- Di non avere altre osservazioni.

Accetto il trattamento Fisioterapico []

Rifiuto il trattamento Fisioterapico []

Data _____ Firma Paziente/Accompagnatore _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

[] SI

[] NO

Data _____ Firma Paziente/Accompagnatore _____