



PG 03-M04 CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

rev 0 del 04/05/2021 - Pagina 1 di 1

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
e residente a _____ in via _____
in qualità di Genitore/Rappresentante Legale
di _____ C.F. _____
nato/a _____ a _____ il ____ / ____ / ____ e _____ residente
in _____

DICHIARO DI:

- essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Dott. _____
- sul tipo di trattamento fisioterapico proposto: tecniche, materiali e mezzi utilizzati;
 - di essere stato informato riguardo alle modalità di trattamento, alle procedure/manovre che verranno eseguite;
 - sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento fisioterapico suddetto;
 - sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
 - di essere consapevole degli eventuali dolori e fastidi che potrebbero manifestarsi in relazione al trattamento;
 - 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 nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

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;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento fisioterapico proposto e sulla qualità della mia vita 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;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto.
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
- essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Dott. _____

**PERTANTO
ACCONSENTO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO**

Data _____ Firma Paziente _____

Io sottoscritto Dott. confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig. che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto esposto nel colloquio informativo avvenuto in data odierna.

Data _____ Firma Dott. _____



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", così come modificato dal Regolamento UE 2016/679.

Il sottoscritto _____

con la sottoscrizione del presente modulo autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi.

Firma del Paziente o di chi ne fa le veci

Data
