

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO

Al Fisioterapista XXXXXX
Titolare dello studio XXXXXXXXXXXX
Con sede in via XXXXXX
N. tessera AIFI XXXXX

Il/la sottoscritto/a:

Signor/a:	_____		
Residente in:	_____, _____		
C.F.:	_____		
Telefono:	_____-_____-_____	Email:	_____-_____-_____
Nome del rappresentante legale (in caso di minore o incapace)			

dichiara:

- di avere ricevuto, dopo primo contatto e visita ambulatoriale, dal fisioterapista informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto attraverso i colloqui incorsi e sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento della sintomatologia algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea), nonché il preventivo di massima per il trattamento proposto;
- di essere consapevole dei rischi e/o delle complicazioni che possono derivare dall'intervento;
- di essere consapevole che senza la sua giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati;
- di aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto, e quindi di non avere ulteriori domande da porre al professionista;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto;
- di accettare il preventivo di massima per la prestazione concordata;
- di aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- di essere consapevole sull'impossibilità di procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento;
- di non avere altre osservazioni.

Pertanto**Dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento**

Data

13/02/2023

Firma dell'interessato o del rappresentante legale
