



## **MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO**

### **DICHIARO DI**

di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Fisioterapista

- 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 ed 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 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;
- 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 Fisioterapista reperibile
- durante il trattamento con terapie fisiche elettriche (tens, ionoforesi, elettrostimolazione, diadinamiche) sono stati evidenziati dalla letteratura casi molto rari di piccole bruciature innocue conseguentemente si raccomanda al paziente di avvisare il fisioterapista quando dovesse avvertire fastidio o bruciore nella sede degli elettrodi durante la terapia.



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_