

FISIOTERAPIA INIEZIONE DI OSSIGENO OZONO A CONTROLLO

Dichiara di aver ricevuto dal personale sanitario della struttura ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni o malattie da cui è affetto: inoltre è stato/a informato/a sul tipo di procedura medica, con i benefici ed i rischi eventuali ad essa connessi.

Informato/a inoltre della generica possibilità di complicazione legate al tipo di trattamento proposto, sulle possibili alternative di cure così come le probabilità di successo.

Consapevole di aver compreso che il rischio di complicità è in diretto rapporto con l'evoluzione del complesso malattia-complicità statisticamente ed epidemiologicamente considerato.

DICHIARA:

- di esprimere il proprio consenso al trattamento sanitario proposto
- di essere a conoscenza che tale consenso è univoco, libero da coercizione e che è revocabile, condizionabile per fattori impreveduti assumendosi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni a riduzioni del programma terapeutico previsto.
- di avere la capacità giuridica.

Pertanto accetto di essere sottoposto/a al trattamento di **OSSIGENO-OZONO TERAPIA** le cui complicanze più frequenti sono ematomi, infezioni articolari.

Concedo mandato di procedere anche nei confronti di condizioni patologiche inattese che dovessero emergere nel corso della procedura, acconsento ad ogni eventuale variazione rispetto a quanto esposto che dovesse rendersi necessaria ai fini di una più vantaggiosa conduzione del trattamento.

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. 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 a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. 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 _____