CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Io sottoscritto/a – Cognome _____Nome _____
Nato/a a _____il __/ __/ _____Sesso: ☐ F ☐ M
Recapito telefonico _____Residente/domiciliato/a a _____
CAP _____Via _____n. ___

ATTESTO DI AVERE RICEVUTO LE SEGUENTI INFORMAZIONI DURANTE IL COLLOQUIO PERSONALE:

- Il trattamento fisioterapico consiste in una o più sedute di terapia manuale, esercizio terapeutico, rieducazione motoria, manipolazioni, tecniche di massaggio, utilizzo di tape ed eventuale applicazione di terapie fisiche o tecnologie digitali e robotiche. Le tecniche sono eseguite nel rispetto del profilo professionale, delle conoscenze scientifiche e delle competenze del professionista sanitario abilitato e iscritto all'Ordine dei Fisioterapisti.
- I benefici attesi, i rischi prevedibili, le eventuali complicanze e gli effetti collaterali del trattamento, nonché i comportamenti da adottare per evitarli o limitarli durante e dopo il trattamento.
- Le eventuali alternative terapeutiche disponibili, ove presenti, e le possibili conseguenze della mancata esecuzione o dell'interruzione del trattamento proposto.
- La possibilità di porre domande e di ricevere chiarimenti, nonché di rifiutare singole tecniche o procedure. Eventuali alternative saranno valutate con il professionista, ove clinicamente appropriate.
- La possibilità di interrompere o revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudizio per il diritto a ricevere le cure eventualmente necessarie.
- Il piano terapeutico potrà essere aggiornato in relazione all'evoluzione delle condizioni cliniche e agli esiti delle valutazioni. Le modifiche sostanziali saranno preventivamente condivise con il paziente.
- Durante la seduta, per le attività valutative o terapeutiche, potrebbe essere necessario scoprire una o più parti del corpo. La richiesta sarà preventivamente concordata con il paziente, nel rispetto della sua dignità e riservatezza. Eventuali rifiuti o limitazioni potranno incidere sulla possibilità di effettuare specifiche procedure o proseguire il trattamento.
- Il costo della singola seduta e il costo complessivo stimato del piano terapeutico proposto (preventivo), ove definibile.
- Il paziente si impegna a informare il professionista, prima e durante la presa in carico, di patologie acute o croniche, terapie farmacologiche, allergie, condizioni di salute e variazioni rilevanti, fornendo la documentazione utile. In presenza di possibili controindicazioni, il professionista potrà rinviare, modificare o interrompere il trattamento per ragioni di sicurezza.
- Dichiaro di avere ricevuto informazioni comprensibili, di averle comprese e di poter chiedere ulteriori chiarimenti prima e durante il percorso.

DICHIARAZIONE E CONSENSO

Dichiaro di essere maggiorenne e di avere la capacità di comprendere le informazioni ricevute e di esprimere liberamente il mio consenso. Dichiaro inoltre di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. L'informativa privacy è distinta dal presente consenso sanitario.

☐ ACCETTO ☐ RIFIUTO
di sottopormi al trattamento fisioterapico previsto dal piano terapeutico proposto.

Eventuali annotazioni / rischi specifici / limitazioni concordate:
_____
_____
Data ___/___/ _____ Firma paziente _____
Firma fisioterapista _____