CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO PER MINORI O PERSONE PER LE QUALI IL CONSENSO È ESPRESSO DAL RAPPRESENTANTE

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____Nome _____Sesso: ☐ F ☐ M

Nato/a a _____il ___/ ___/ _____

Recapito telefonico _____Residente/domiciliato/a a _____

CAP _____Via _____n. ____

DATI DEL GENITORE / TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Cognome _____Nome _____Sesso: ☐ F ☐ M

Nato/a a _____il ___/ ___/ _____

Recapito telefonico _____Residente/domiciliato/a a _____

CAP _____Via _____n. ____

Relazione con il paziente: ☐ Genitore esercente responsabilità genitoriale ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno

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 ed effetti collaterali, i comportamenti da adottare per limitarli e le eventuali alternative terapeutiche disponibili, ove presenti.
- La possibilità di porre domande e ricevere chiarimenti, di rifiutare singole tecniche o procedure e di revocare il consenso in qualsiasi momento. Il piano terapeutico potrà essere aggiornato in base all'evoluzione delle condizioni cliniche; le modifiche sostanziali saranno condivise con il rappresentante e, quando possibile, con il paziente.
- Durante la seduta potrebbe essere necessario scoprire una o più parti del corpo per le attività valutative o terapeutiche. La richiesta sarà preventivamente concordata, nel rispetto della dignità e riservatezza del paziente. Eventuali rifiuti o limitazioni potranno incidere sulla possibilità di effettuare specifiche procedure.
- Il costo della singola seduta e il costo complessivo stimato del piano terapeutico proposto, ove definibile.
- L'importanza di comunicare al professionista patologie, terapie farmacologiche, allergie, condizioni di salute e ogni variazione rilevante, fornendo la documentazione utile. In presenza di possibili controindicazioni, il professionista potrà rinviare, modificare o interrompere il trattamento per ragioni di sicurezza.

DICHIARAZIONI DEL SOTTOSCRITTO

- Dichiaro di essere legittimato/a a esprimere il consenso per il paziente in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale o di tutore. In caso di responsabilità genitoriale condivisa, dichiaro di aver acquisito la condivisione dell'altro esercente, ove richiesta dalla normativa e dalle circostanze del caso.
- Se agisco quale amministratore di sostegno, dichiaro che il decreto di nomina mi attribuisce espressamente i poteri necessari per prestare il consenso al trattamento sanitario. Estremi del decreto / provvedimento: _____
- Il minore o la persona assistita è stato/a informato/a, con modalità adeguate alla capacità di comprensione, e coinvolto/a nella decisione per quanto possibile, tenendo conto della sua volontà e del suo grado di maturità. La persona assistita sarà coinvolta nelle decisioni nella misura consentita dalle sue condizioni.
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, distinta dal presente consenso sanitario.

☐ ACCETTO ☐ RIFIUTO
di sottoporre il paziente sopraindicato al trattamento fisioterapico previsto dal piano terapeutico proposto.

Eventuali annotazioni / volontà espresse dal minore o dalla persona assistita / limitazioni concordate:
_____
_____
Data __/ __/ _____Firma del genitore / tutore / amministratore di sostegno _____
Firma del paziente, se possibile e appropriato _____
Firma fisioterapista _____