



INFORMAZIONI GENERALI

- LA DOCUMENTAZIONE E I CONTENUTI PRESENTI IN QUESTI DOCUMENTI SONO DA RITENERSI PURAMENTE ESEMPLIFICATIVI;
- SI CONSIGLIA DI AVVALERSI DI UNA CONSULENZA LEGALE SPECIFICA AL FINE DI OTTENERE MATERIALE AGGIORNATO ALLE NORMATIVE VIGENTI;
- LE SCALE E I QUESTIONARI DI VALUTAZIONE, INSERITI NELLA CARTELLA CLINICA (eseguite a T0, T1, ecc.), DEVONO ESSERE **VALIDATI** E SCELTI IN BASE ALLA SPECIFICITA' DEL CASO;
- OFI UMBRIA NON SI ASSUME RESPONSABILITA' PER ERRORI E/O OMISSIONI IN RIFERIMENTO A QUANTO DESCRITTO NELLA DOCUMENTAZIONE E/O AL SUO UTILIZZO IMPROPRIO;
- IN NESSUN CASO OFI UMBRIA SARÀ RESPONSABILE PER CONSEGUENZE DIRETTE, INDIRETTE, CONSEQUENZIALI O INCIDENTALI O DI QUALSIVOGLIA TIPO, SIA IN UN'AZIONE CONTRATTUALE, NEGLIGENZA O ALTRO ILLECITO, DERIVANTI DA O IN CONNESSIONE CON L'USO DEI DOCUMENTI E DEI CONTENUTI;
- OFI UMBRIA SI RISERVA IL DIRITTO DI APPORTARE AGGIUNTE, CANCELLAZIONI O MODIFICHE AI CONTENUTI E AI DOCUMENTI IN QUALSIASI MOMENTO SENZA PREAVVISO.



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Al/Alla Fisioterapista Dott./Dott.ssa:
Titolare dello Studio Professionale di Fisioterapia:
Con sede in:
N. iscrizione all'OFI Umbria:

Il/La sottoscritto/a:

Sig./Sig.ra:	
Residente a:	Via/P.zza:
CAP:	C.F.:
Telefono:	Mail:
In qualità di: <input type="checkbox"/> per sé <input type="checkbox"/> genitore esercente la potestà sul minore <input type="checkbox"/> tutore/amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> in qualità di parente (specificare): _____ che accompagna un soggetto, temporaneamente non in grado di apporre materialmente alcuna firma in quanto affetto da patologia transitoria (specificare): _____ <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____ <input type="checkbox"/> interprete (nome e cognome): _____ Firma: _____	

DICHIARA

- di avere ricevuto, dopo primo contatto e valutazione, dal fisioterapista informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto anche nella tipologia da remoto (teleriabilitazione), attraverso i colloqui intercorsi e sugli eventuali effetti collaterali che possono derivare (es. aumento della sintomatologia algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea);
- che la prestazione che il professionista si appresta ad eseguire consiste nel _____ (aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento) ed è finalizzata a _____ (aggiungere le finalità dell'intervento);
- di essere consapevole dei rischi e/o delle complicanze 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 aver ricevuto il tempo sufficiente per decidere;
- di essere consapevole della possibilità che il trattamento sia video registrato e conservato durante la seduta, ai soli fini riabilitativi;
- di essere consapevole sull'impossibilità a procedere al 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 aver valutato ed approvato il preventivo di massima per la prestazione concordata ed il numero ipotizzato di sedute necessario alla gestione della problematica;
- di essere consapevole della possibilità di interrompere il trattamento accettato in qualsiasi momento;
- di non avere altre osservazioni.

PERTANTO

dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento

Luogo e Data: _____

Firma: _____



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 E CONSENSO

Gentile Paziente,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), La informo che i Suoi dati personali, necessari per svolgere la prestazione medica da Lei richiesta, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal GDPR, nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti, secondo le seguenti modalità:

1. Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali

Titolare del trattamento è _____ (di seguito indicato anche come "il professionista") con sede legale in _____, al quale ci si potrà rivolgere per esercitare i diritti riconosciuti dal GDPR, nonché per conoscere l'elenco aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento dei dati. Il Titolare può essere contattato all'indirizzo e-mail _____ all'indirizzo Pec _____ ovvero al numero di telefono _____.

L'elenco dei Responsabili ai sensi dell'art.28 del Reg. UE 2016/679, designati dal Titolare del trattamento, sarà disponibile previa Sua specifica richiesta ai contatti sopra meglio evidenziati.

2. Tipologia dati trattati

I dati oggetto del trattamento sono: dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita, CF, residenza/domicilio), le informazioni necessarie per contattarla (es. numero di telefono, indirizzo mail...), dati particolari sensibili, quali quelli relativi allo stato di salute e anamnestici.

3. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è finalizzato unicamente al fine di poter ottenere un'adeguata erogazione della prestazione medica e/o sanitaria da Lei richiesta in regime privato I suoi dati saranno trattati anche al fine di:

- svolgere attività necessarie per attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da Lei richieste, sia farmaceutiche che specialistiche, correlate ad esigenze di salute, nonché a tutela della stessa;
- concludere i contratti per i servizi prestati dal Titolare quali ad es. attività di riabilitazione e fisioterapia;
- adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti in essere;
- adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

4. Modalità del trattamento

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) ovvero telematici (e-mail, etc.) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate. Il Titolare adotta specifiche azioni per il corretto trattamento, conservazioni e distruzione dei dati, siano essi su supporto informatico o cartaceo ovvero telematico.

5. Base giuridica del trattamento

Quanto sopra, in accordo con il Codice Deontologico dei Fisioterapisti, che ne costituisce Base giuridica per il trattamento medesimo insieme al consenso da Lei prestato.

6. Conferimento dei dati e rifiuto

Il conferimento dei dati personali è facoltativo. Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, e relativi allo stato di salute, tuttavia, è necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 3 ed il rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività di cui al punto 3.

7. Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo di durata necessario alla prestazione richiesta e, successivamente, per il tempo in cui il professionista sia soggetto ad obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità, previste da norme di legge o regolamenti. In ogni caso la durata massima di conservazione dei dati sarà di 10 anni successivi alla effettuazione della prestazione professionale richiesta.

8. Comunicazione dei dati

I Suoi dati personali potranno essere comunicati esclusivamente ai responsabili del trattamento, possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 3 ed in generale a tutti i soggetti, i quali la comunicazione è necessaria per ottenere la prestazione medica richiesta.

9. Profilazione e Diffusione dei dati

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione. I dati potranno essere comunicati a familiari o conoscenti solo su espressa autorizzazione dell'interessato. I dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale.

10. Diritti dell'interessato

In qualità di interessato Lei potrà esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 21 del Regolamento ovvero: 1) Diritto di accesso dell'interessato (Art. 15), 2) Diritto di rettifica (Art. 16), 3) Diritto alla cancellazione (Art. 17), 4) Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18), 5) Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20), 6) Diritto di opposizione (Art. 21).

Si evidenzia inoltre il diritto per l'interessato di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali - www.garanteprivacy.it).

È inoltre riconosciuto il diritto per l'interessato di revocare il consenso al trattamento dei dati personali.

Potrà esercitare i Suoi diritti contattando il professionista ai recapiti sopra indicati, allegando il Suo documento d'identità.



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER LE ATTIVITA' IN SEDE E A DISTANZA DEL FISIOTERAPISTA PER IL CASO DI UTILIZZO DI APP MEDICHE O SANITARIE E PER NEWSLETTER DEL PROFESSIONISTA

Al/Alla Fisioterapista Dott./Dott.ssa:
Titolare dello Studio Professionale di Fisioterapia:
Con sede in:
N. iscrizione all'OFI Umbria:

Il/La sottoscritto/a:

Sig./Sig.ra:	
Residente a:	Via/P.zza:
CAP:	C.F.:
Telefono:	Mail:
In qualità di:	
<input type="checkbox"/> per sé	
<input type="checkbox"/> genitore esercente la potestà sul minore	
<input type="checkbox"/> tutore/amministratore di sostegno	
<input type="checkbox"/> in qualità di parente (specificare): _____ che accompagna un soggetto, temporaneamente non in grado di apporre materialmente alcuna firma in quanto affetto da patologia transitoria (specificare): _____	
<input type="checkbox"/> altro (specificare): _____	
<input type="checkbox"/> interprete (nome e cognome): _____ Firma: _____	
<input type="checkbox"/> rappresentante legale della ditta: _____	
Codice Univoco (SDI): _____	Codice Fiscale: _____ Partita IVA: _____
Indirizzo posta elettronica certificata (PEC): _____	
Mail: _____	

ai sensi degli artt. 7 e 13 del Regolamento UE 679/2016 (basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento UE 679/2016).

Premesso che il presente modello integra Informativa ivi riportata, di cui si dichiara di avere preso visione e di:

1. Essere stato informato sulle possibili modalità di trattamento fisioterapico, le quali dovranno garantire il rispetto della vigente normativa privacy;
2. Essere stato informato che il professionista potrà utilizzare le seguenti App mediche o sanitarie _____; queste comportano trattamenti connessi all'utilizzo di App mediche, attraverso le quali autonomi titolari raccolgono dati, anche sanitari dell'interessato, per finalità diverse dalla telemedicina oppure quando, indipendentemente dalla all'età dell'applicazione, ai dati dell'interessato possano avere accesso soggetti diversi dai professionisti sanitari o altri soggetti tenuti al segreto professionale;
3. essere stato informato sulle modalità che il professionista userà per lo scambio del materiale informativo, audiovisivo e quindi anche di dati personali e sensibili (es.: e-mail, whatsapp, wetransfer, _____);
4. Aver preso conoscenza dell'informativa sul trattamento dati trasmessa con l'allegato modulo;
5. essere stato informato sull'eventuale centro servizi che supporta il professionista per l'erogazione delle prestazioni;
6. essere consapevole che il professionista potrà registrare e conservare il video collegamento durante la seduta ai soli fini del trattamento riabilitativo;
7. essere consapevole che i diritti esercitabili dal paziente nei confronti del titolare sui propri dati personali e sensibili sulla base degli artt. 16 e ss. GDPR non cambiano;
8. Essere consapevole della necessità di fornire il proprio consenso per poter ottenere l'erogazione delle prestazioni.

Esprime quindi il consenso all'utilizzo delle suddette modalità di riabilitazione e teleriabilitazione, esclusivamente a fini dell'esecuzione della prestazione professionale punto il presente modulo, inviato dal professionista con l'informativa,



**Ordine Regionale della Professione Sanitaria
di Fisioterapista dell'UMBRIA**
www.fnofi.it/of-umbria

Sede Legale:
Via della Mina, 113 - Loc. Lacugnano
06132 - Perugia

umbria.ofi@pec.fnofi.it
umbria.ofi@fnofi.it
C.F.: 94187310548

dovrà essere restituito al professionista con la sottoscrizione dell'interessato o del rappresentante legale, con un documento di identità, a mezzo mail o con altre modalità di messaggistica. Con la sottoscrizione, il sottoscritto presta o non presta consenso all'invio di newsletter esclusivamente da parte del professionista.

Luogo e Data: _____

Firma: _____

ESEMPIO



ATTO DI DELEGA

(autocertificazione ai sensi degli artt. 45, 46, 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ con residenza anagrafica nel Comune di _____
Via/Piazza _____, n. _____ (C.F. _____)
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del
28/12/2000

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ con residenza anagrafica nel Comune di _____
Via/Piazza _____, n. _____ (C.F. _____),
ogni più ampio potere al compimento di tutte le attività necessarie, utili o anche solo opportune; ivi inclusi quello di sottoscrivere, anche
con firma digitale, tutti gli atti, le dichiarazioni, i contratti necessari tra il delegante e il professionista

AL FINE DI

DICHIARA INOLTRE CHE

- di essere soggetto legittimato a produrre delega in riferimento al fine;
- ogni dichiarazione resa nella delega risponde a verità e che le copie dei documenti indicati e allegati alla domanda sono conformi agli originali;
- di essere informato, giusta art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____, lì _____

IL/LA DELEGANTE

IL/LA DELEGATO/A
(per accettazione)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DELEGA

- La delega deve essere compilata in ogni sua parte (anche a mano, purché risulti leggibile) e può essere conferita ad un unico soggetto;
- Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, a pena di inammissibilità, la dichiarazione deve essere sottoscritta e comprensiva di una copia fotostatica integrale (intendesi di tutte le facciate) sottoscritta, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità all'atto della presentazione **di entrambi i sottoscrittori**;
- Nel caso in cui la validità di uno o entrambi i documenti d'identità allegati sia stata prorogata ex art. 31 del DL 112/2008, la copia allegata deve necessariamente recare, a pena di inammissibilità, in modo visibile il timbro di proroga apposto dal Comune competente.
- La firma in calce alla delega non deve essere autenticata.



RICONSEGNA AL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ con residenza anagrafica nel Comune di _____
Via/Piazza _____, n. _____ (C.F. _____)
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del
28/12/2000

DICHIARA

di aver preso in consegna copia fotostatica e/o digitale della cartella clinica nella sua completezza.

DICHIARA INOLTRE CHE

- di essere soggetto legittimato a produrre delega in riferimento al fine;
- ogni dichiarazione resa nella dichiarazione risponde a verità e che le copie dei documenti indicati e allegati alla domanda sono conformi agli originali;
- di essere informato, giusta art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____, li _____

IL/LA PROFESSIONISTA

IL DICHIARANTE
(per accettazione)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La dichiarazione deve essere compilata in ogni sua parte (anche a mano, purché risulti leggibile);
- Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, a pena di inammissibilità, la dichiarazione deve essere sottoscritta e comprensiva di una copia fotostatica integrale (intendesi di tutte le facciate) sottoscritta, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Nel caso in cui la validità del documento d'identità allegato sia stata prorogata ex art. 31 del DL 112/2008, la copia allegata deve necessariamente recare, a pena di inammissibilità, in modo visibile il timbro di proroga apposto dal Comune competente.
- La firma in calce alla delega non deve essere autenticata.



**Ordine Regionale della Professione Sanitaria
di Fisioterapista dell'UMBRIA**
www.fnofi.it/ofi-umbria

Sede Legale:
Via della Mina, 113 - Loc. Lacugnano
06132 - Perugia

umbria.ofi@pec.fnofi.it
umbria.ofi@fnofi.it
C.F.: 94187310548

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO

ID UTENTE:

Nome e Cognome:

Diagnosi di ammissione:

Gent.mo Dott./Dott.ssa,

Si rilascia il presente certificato in carta libera a richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data: _____, li _____

Il/La Fisioterapista
Dott./Dott.ssa _____
(Iscrizione OFI _____ - n. _____)

(Firma)



CHECK-LIST CARTELLA FISIOTERAPICA

ID PAZIENTE:

INIZIALI COGNOME E NOME:

Data apertura cartella:

Consenso al trattamento dei dati sensibili
Consenso al preventivo e al trattamento fisioterapico
Prescrizione del trattamento Fisioterapico
Delega per il ritiro dei documenti sanitari
Riconsegna documentazione al paziente
Lettera di accompagnamento
Valutazione fisioterapica
Diario fisioterapico riabilitativo
Scale e Questionari di valutazione:

Linee Guida utilizzate:

EVENTUALE DOCUMENTAZIONE FORNITA DAL PAZIENTE:

Data chiusura cartella:



CARTELLA CLINICA FISIOTERAPICA (ID PAZIENTE:)

Sig./Sig.ra:	Nato/a:	il:
C.F.:		
INFORMAZIONI DI CONTATTO		
Residenza:		
Telefono:	Mail:	
MMG:	Medico Specialista:	

MOTIVI PER I QUALI IL PAZIENTE RICHIEDE L'INTERVENTO FISIOTERAPICO

DATI RILEVANTI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO FISIOTERAPICO

(anamnesi patologica remota, prossima, viscerale, diagnosi mediche, prescrizioni, visite specialistiche, esami diagnostici interventi chirurgici, terapia farmacologica, lavoro, sport/hobby, precedenti interventi fisioterapici, ecc.)

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA

(descrizione quantificazione dei problemi di salute del paziente tramite: esame posturale e chinesio logico, misurazioni, test, scale di valutazione, descrizioni del problema date dal paziente, ecc.)



PRESENZA DI ELEMENTI CHE SUGGERISCANO IL RINVIO AD ALTRO PROFESSIONISTA O CONTROINDICAZIONI AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

DIAGNOSI FISIOTERAPICA

(ipotesi dei rapporti di causalità tra disabilità e alterazioni funzionali e strutturali rilevate nella valutazione)

OBIETTIVO DEL PROGRAMMA FISIOTERAPICO

(indicatori di esito relativi a disabilità e alterazioni funzionali che ci si propone di modificare con l'intervento fisioterapico)

PREVENTIVO E STRATEGIE DI TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

(strategie di intervento attualmente previste per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, ipotesi del preventivo di spesa e numero di sedute)

Il paziente comprende e accoglie la proposta di obiettivi, le strategie di trattamento ed il preventivo

Luogo e Data: _____

Firma: _____

VALUTAZIONE DI FINE TRATTAMENTO

(grado di raggiungimento degli obiettivi, fattori che hanno modificato il percorso di cura, indicazioni date al paziente per la continuità del percorso di cura, eventuale programmazione di controlli successivi, ecc.)

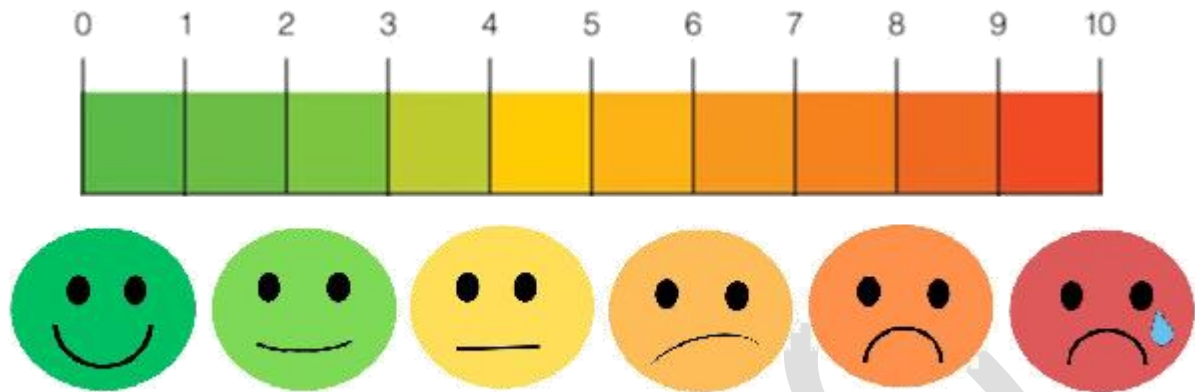
Luogo e Data: _____

Firma: _____



VAS DOLORE

T0 (riportare la data): _____



T1 (riportare la data): _____

