

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO OSTEOPATICO

Il sottoscritto/a _____

dichiara:

di essere stato/a adeguatamente informato/a dal dottor Marco Paonessa e di essere consapevole su quanto segue:

1. sulla utilità di sottoporsi a trattamento osteopatico in quanto utile al mio/suo caso per la malattia/disturbo/disabilità/handicap/prevenzione per cui si richiede il trattamento;
2. sullo tipo, lo scopo e le modalità del trattamento proposto;
3. sulle sue conseguenze ed eventuali complicanze;
4. sui limiti del trattamento e sulle presumibili riserve prognostiche;
5. sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare per la generica possibilità di complicanze e del relativo grado di imprevedibilità;
6. sulle possibili anomalie di tolleranza a determinati trattamenti;
7. sulla possibilità che si possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia nelle ore successive al trattamento;
8. sulle alternative possibili, ove presenti;
9. sulla possibilità di poter liberamente interrompere il trattamento, anche se ciò dovesse comportare il mancato raggiungimento dell'obiettivo previsto e avendo comunque compreso che l'interruzione del ciclo di trattamenti previsti può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche;
10. l'osteopata è soggetto a obbligazione di mezzi, non può promettere un risultato certo al paziente/creditore, ma s'impegna a tenere un comportamento che soddisfi l'interesse del paziente/creditore senza che il raggiungimento di un ulteriore risultato sia da ritenersi essenziale per l'interesse del paziente/creditore.
11. sono/siamo consapevole/i della situazione clinica e ho/abbiamo potuto richiedere al dottor **MARCO PAONESSA** chiarimenti e precisazioni che mi/ci sono stati puntualmente dati, e ho/abbiamo concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa avendo avuto informazioni dettagliate sul tipo di trattamento terapeutico suggerito, delega/deleghiamo in piena coscienza il dottor Marco Paonessa a decidere modi e tempi delle procedure valutative e del trattamento oltre che al ricorso alle metodiche di trattamento che si rendano preferibili.
12. sono stato informato inoltre di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedure/e proposta/e, pur acconsentendo alla sua esecuzione.
13. di voler affidare alle Dott. **MARCO PAONESSA** l'incarico professionale per le valutazioni che gli competono professionalmente e l'elaborazione di un programma osteopatico personalizzato. Il presente incarico decorre dalla sottoscrizione del presente documento e si intende conferito fino alla conclusione della prestazione professionale richiesta.
14. che mi è stata data l'opportunità di porre domande sulla mia condizione e sul programma osteopatico che mi verrà consigliato.
15. di aver riferito correttamente la mia anamnesi ed in particolare eventuali terapie farmacologiche effettuate in passato o tutt'ora in corso, attuali o precedenti patologie e/o interventi chirurgici, allergie e abitudini di vita.
16. di essere stato dettagliatamente informato e di condividere la validità e la convenienza di sottopormi quanto prima ad un accertamento medico per una constatazione del mio stato fisico-patologico e di aver ben compreso quali potrebbero essere i potenziali legami e rischi rispetto ai suggerimenti funzionali ed idonei ai miei bisogni prospettati dal Dott. **MARCO PAONESSA**. A tal proposito, mi impegno a darne tempestiva comunicazione al Dott. **MARCO PAONESSA** al fine di potere determinare il programma osteopatico ottimale alle mie personali e reali condizioni di salute.
17. di non aver omesso di dichiarare alcunché rispetto al mio attuale e pregresso stato psico-patologico e di impegnarmi a comunicare alle Dott. **MARCO PAONESSA** gli esiti degli accertamenti sanitari a cui mi sottoporro. E' mia esclusiva responsabilità informare prontamente il Dott. **MARCO PAONESSA** qualora sopraggiungessero variazioni del mio stato psico-patologico che abbiano attinenza con l'incarico conferito, esonerando da ogni responsabilità per la mancata comunicazione o l'omissione di accertamenti. Pertanto, è mio obbligo far pervenire tempestivamente al Dott. **MARCO PAONESSA** tutta la documentazione e le certificazioni mediche in mio possesso o delle quali verrò in possesso afferenti il mio stato psico-patologico.
18. di essere stato informato del compenso richiesto per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico al Dott. **MARCO PAONESSA**.
19. ho ricevuto copia della presente informativa che ho letto e compreso.

{{checkbox id=826}} **Acconso** a essere sottoposto/a alle procedure sopra indicate, che mi sono state spiegate.

Per le donne in età fertile, su specifica richiesta del dott. **MARCO PAONESSA** crocettate se in stato di gravidanza: {{checkbox id=827}}

Città: _____, _____

Soddisfatto/a delle informazioni fornitemi, consapevolmente e spontaneamente presto il mio consenso informato a ricevere e seguire il programma riabilitativo e/o osteopatico consigliato.

Firma leggibile del/della cliente(o del rappresentante legale che l'accompagna): _____