

## CONSENSO INFORMATO ADULTI AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO FISIOTERAPICO E AL TRATTAMENTO CON TECNICHE E APPROCCIO OSTEOPATICO

Il sottoscritto/a **NOME COGNOME**

### Dichiara

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

1. sulla necessità di sottoporsi a trattamento riabilitativo e/o osteopatico in quanto utile al mio/suo caso per la malattia/disturbo/disabilità/handicap 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 terapie previste può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche;
10. il fisioterapista 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. ho ricevuto copia della presente informativa e l'ho letta.

**Accenso** 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:

Aosta, **XX/XX/XXXX**

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

Presto il mio consenso informato: