

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO FISIOTERAPICO E AL TRATTAMENTO CON TECNICHE E APPROCCIO 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 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. di voler affidare alle Dott. **MARCO PAONESSA** l'incarico professionale per le valutazioni che gli competono professionalmente e l'elaborazione di un programma riabilitativo e/o 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 riabilitativo e/o 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 riabilitativo e/o 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 che in caso di utilizzo di terapie fisiche strumentali elettriche le controindicazioni assolute sono: gravidanza, tumori in atto, presenza di pace-maker o impianti similari.
 19. di essere stato informato del compenso richiesto per lo svolgimento delle prestazioni oggetto del presente incarico al Dott. **MARCO PAONESSA**.
 20. ho ricevuto copia della presente informativa che ho letto e compreso.
- {{checkbox id=826}} **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: {{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)