

# CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

*Timbro*

Al Fisioterapista Dott.
Titolare dello Studio di Fisioterapia
Con sede in
N. tessera AIFI

**Il/la sottoscritto/a,**

Signor/a			
Residente a		Via/P.za	
CAP		CF	
Telefono		E-mail	

**dichiara:**

- di avere ricevuto, dopo primo contatto e visita ambulatoriale, dal fisioterapista informazioni chiare, comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto attraverso i colloqui intercorsi e sugli eventuali effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento della sintomatologia algica, comparsa di algie in zone diverse da quella trattata, vertigini, nausea);
- di essere consapevole dei rischi e/o delle complicazioni 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 avuto il tempo sufficiente per decidere;
- di essere consapevole sull'impossibilità a procedere nel 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 non avere altre osservazioni.

**PERTANTO**

**dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento**

Data

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_