



**OFI BOLOGNA
FERRARA**
ORDINE FISIOTERAPISTI

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Per se stesso:

Il/la sottoscritto/a Signor/a (cognome e nome) _____ ,
C.F. _____ ; nato/a a _____ , il ___ / ___ / _____ ,
residente a _____ in Via/P.za _____
Telefono _____ E-mail _____

Esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(Cognome e Nome) _____ , nato/a a _____ , il ___ / ___ / _____ ,
residente a _____ in Via/P.za _____
in qualità di _____ (specificare se genitore, tutore, amm. di sostegno, ecc)

DICHIARA

- Di aver ricevuto dal fisioterapista informazioni chiare ed esaurienti, nell'ambito del colloquio con lo stesso interlocutore, in relazione ai rischi ed ai benefici del trattamento, nonché riguardo alle possibili alternative.
- Di aver ricevuto, in particolare, informazioni chiare ed esaurienti in relazione al trattamento riabilitativo proposto (scelta di materiali, tecniche ed eventuali terapie fisiche e strumentali), nonché possibili effetti collaterali che ne possono derivare (es. aumento del dolore, dolenzie in altre zone del corpo).
- Di aver valutato e approvato il preventivo di massima per la prestazione concordata, e il numero ipotizzato di sedute necessario alla gestione della problematica.
- Di essere consapevole che senza la giusta attenzione alle regole comportamentali e all'indicazione terapeutiche fornite dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati.
- Di accettare liberamente, spontaneamente in piena coscienza il trattamento proposto.
- Di essere consapevole dell'impossibilità a procedere nel trattamento fisioterapico in caso di mancato sottoscrizione del presente consenso; altresì consapevole della possibilità di interrompere il trattamento accettato in qualsiasi momento.

DICHIARO INOLTRE DI

- Aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento fisioterapico proposto.
- Aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti.
- Aver avuto il tempo sufficiente per decidere.

PERTANTO ACCONSENTO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Data e Luogo _____

Firma Paziente _____

Ordine interprovinciale della professione
sanitaria di Fisioterapista di Bologna e Ferrara

Sede Legale:
Galleria Ugo Bassi, 1
40121 Bologna
Tel. 051 01 482 71

bolognaferrara.ofi@pec.fnofi.it
bolognaferrara.ofi@fnofi.it
www.ofibofe.it
C.F. 91454810374