



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

sede Legale e Operativa: via Domenico Rossetti, 62

sedi Operative via Mascagni 3/1 e via Carducci 31

34141 Trieste

Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455

info@eutoniasanitaasalute.it

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA"

Io sottoscritto _____

con la firma sul presente modulo dichiaro di avendo consultato la dr.ssa _____ e da Lei sono stato informato sulle mie condizioni cliniche, sulla metodica e sulle modalità di esecuzione del trattamento con "Agopuntura".

In particolare sono stato informato del fatto che non sempre l'agopuntura è accreditata dalla scienza ufficiale, e che la terapia con tale metodica non comporta l'esclusione al ricorso ad altre terapie ufficiali. Sono stato anche informato sulle possibili complicanze e in particolare sulla possibile, quantunque rara, insorgenza dei seguenti eventi avversi: lipotimia, sincope, sindrome vaso-vagale, ematoma, pneumotorace, aggravamento dei sintomi, mancata estrazione dell'ago, infezione locale e sistemica. Avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato

autorizzo

La Dottoressa ad effettuare il trattamento.

Trieste, _____

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Medico Fisiatra
