



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
Trieste
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455
info@eutoniasanitaesalute.it

CONSENSO INFORMATO FISIOTERAPIA

Io sottoscritto _____

Con la firma sul presente modulo dichiaro di aver fornito al personale qualificato di Eutonia Sanità e Salute tutte le informazioni sul mio stato di salute ed in particolare:

- di non essere portatore di Pace-Maker e ICD
- di non essere in gravidanza,
- di non conoscere la presenza di eventuali processi neoplastici in atto.

Le terapie che a cui sarò sottoposto mi sono state descritte in modo dettagliato ed ho capito quali tecniche verranno utilizzate, sono stato informato sulle possibili alternative al trattamento; sui rischi che tali prestazioni possono determinare, nonché sui rischi cui andrei incontro in assenza di tali provvedimenti.

Autorizzo

Il/la fisioterapista ad effettuare il trattamento.

Trieste, _____

Il/la paziente-Tutore/Genitore

Il Fisioterapista
