



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@eutoniasanitaesaalute.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:

CONTROINDICAZIONI	SI'	NO	NOTE
PACEMAKER; ICD; NEUROSTIMOLATORI			
PROTESI AURICOLARI FISSE			
PROTESI ARTICOLARI; MEZZI DI SINTESI			
TERAPIA ANTICOAGULANTE; TERAPIA CORTISONICA			
DIABETE; DEFICIT DELLA SENSIBILITA'			
PATOLOGIE VASCOLARI			
GRAVIDANZA			
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 a cui andrei incontro in assenza di tali provvedimenti.

Autorizzo

Il/la fisioterapista ad effettuare il trattamento.

Tale consenso è libero da pressioni e revocabile in qualsiasi momento.

Trieste, _____

Il/La Paziente-Tutore/Genitore

Il Fisioterapista
