



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; DEFIBRILLATORE SOTTOCUTANEO- ICD; NEUROSTIMOLATORI | | | |
| PROTESI ACUSTICHE FISSE | | | |
| PROTESI ARTICOLARI; MEZZI DI SINTESI (GRAFFE METALLICHE, CHIODI, PLACCHE, VITI) | | | |
| ELEMENTI METALLICI (PIERCING, SPIRALE) | | | |
| TERAPIA ANTICOAGULANTE | | | |
| TERAPIA CORTISONICA | | | |
| DIABETE; DEFICIT DELLA SENSIBILITA' | | | |
| PATOLOGIE VASCOLARI, VARICI | | | |
| GRAVIDANZA | | | |
| MALATTIE DELLA PELLE (IN SEDE DI TERAPIA) TATUAGGI (IN SEDE DI TERAPIA) | | | |
| EVENTUALI PATOLOGIE TUMORALI 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