



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE
sede Legale e Operativa: via D. Rossetti, 62- 34141 Trieste
sedi Operative: via Mascagni 3/1, via Udine 11
Tel: 040 360430 Fax: 040 3724455
info@eutoniasanita.esalute.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
PACE-MAKER; 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, FERITE, ABRASIONI (IN SEDE DI TERAPIA) NEVI MOLTO SCURI (IN SEDE DI TERAPIA) TATUAGGI (IN SEDE DI TERAPIA)			
PATOLOGIE TUMORALI IN ATTO			
ALTRO (es. EPILESSIA, FRATTURE RECENTI, ...) SPECIFICARE: _____			

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