

**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO SUL TRATTAMENTO  
FISIOTERAPICO**

**DATI RELATIVI AL/ALLA PAZIENTE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_  
UNITÀ OPERATIVA \_\_\_\_\_  
Diagnosi o indirizzo diagnostico \_\_\_\_\_  
Atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo \_\_\_\_\_

**Sono state fornite tutte le informazioni relative a:**

- 1) – Diagnosi Fisioterapica
- 2) - Prognosi e aspettative migliorative del trattamento fisioterapico
- 3) - Modalità di esecuzione dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo
- 4) - Eventuali rischi e/o complicanze (anche in riferimento all'eventuale concomitanza di altre patologie)
- 5) - Eventuali alternative diagnostico-terapeutiche al trattamento proposto (comprese loro aspettative migliorative e rischi e complicanze)
- 6) - Conseguenze prevedibili alla mancata esecuzione dell'atto diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo proposto

Data \_\_\_\_\_ Firma del dottore in Fisioterapia \_\_\_\_\_  
Verificato comunque che il/la destinatario dell'informazione ha compreso il significato delle informazioni ed è consapevole dei rischi e dei benefici dell'atto terapeutico e/o diagnostico e/o riabilitativo proposto, si procede ad acquisirne il consenso.

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

HO BEN COMPRESO QUANTO MI È STATO SPIEGATO DAL DOTT. \_\_\_\_\_

**QUINDI ACCONSENTO**

ALL'EFFETTUAZIONE PRESSO QUESTA STRUTTURA DELL'ATTO TERAPEUTICO  
E/O DIAGNOSTICO E/O RIABILITATIVO PROPOSTO

Che verrà effettuato da:  componenti dell'èquipe  consulente esterno

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere) \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificatala loro identità (in caso di pz minorenni) \_\_\_\_\_

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità) acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno) \_\_\_\_\_

Eventuale firma del/la paziente (in caso di curatela o amministrazione) \_\_\_\_\_

**I DATI PERSONALI RACCOLTI NEL PRESENTE MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE SARANNO TRATTATI CON LE MODALITÀ PREVISTE DALLA NORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.LGS 196/03) ED UTILIZZATI UNICAMENTE PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL'AUTOCERTIFICAZIONE MEDESIMA.**