# "REGINA ELENA" AZIENDA SPECIALE

VIA DON MINZONI 2 54033 – CARRARA (MS) TEL. 058571460 FAX 058570736 P.I. E C.F. 01320110453

SITO WEB:WWW.CASADIRIPOSOCARRARA.IT – CASADIRIPOSOCARRARA@POSTACE.IT

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

*Paziente:* Sig./Sig.ra .....

*Diagnosi Medica:* .....

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

residente in _____

C.F _____

- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio del trattamento;
- di avere ricevuto dal fisioterapista informazioni comprensibili ed esaurienti sul trattamento riabilitativo proposto attraverso i colloqui intercorsi;
- di essere consapevole dei rischi e/o delle complicazioni che possono derivare dall'intervento;
- di essere consapevole che senza la sua giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia può non produrre gli effetti desiderati;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto.

Luogo e data _____

Firma del Paziente

_____

Firma del Fisioterapista

_____