

**Istruzioni preparatorie all'esame:**

*FISIOTERAPIA INIEZIONE DI OSSIGENO OZONO A CONTROLLO*

**da eseguire scrupolosamente come indicato:**

Il sottoscritto:

Nato/a a:

il:

residente a:

in:

*dichiara di aver ricevuto dal personale sanitario della struttura ogni possibile informazione riguardo sede, natura ed entità delle lesioni o malattie da cui è affetto: inoltre è stato/a informato/a sul tipo di procedura medica, con i benefici ed i rischi eventuali ad essa connessi.*

*Informato/a inoltre della generica possibilità di complicazione legate al tipo di trattamento proposto, sulle possibili alternative di cure così come le probabilità di successo.*

*Consapevole di aver compreso che il rischio di complicanze è in diretto rapporto con l'evoluzione del complesso malattia-complicanza statisticamente ed epidemiologicamente considerato.*

**DICHIARA:**

*- di esprimere il proprio consenso al trattamento sanitario proposto*

*- di essere a consocenza che tale consenso è univoco, libero da coercizione e che è revocabile, condizionabile per fattori imprevisi assumendosi ogni responsabilità che possa derivare da interruzioni a riduzioni del programma terapeutico previsto.*

*- di avere la capacità giuridica.*

*Pertanto accetto di essere sottoposto/a al trattamento di OSSIGENO-OZONO TERAPIA le cui complicanze più frequenti sono ematomi, infezioni articolari.*

*Concedo mandato di procedere anche nei confronti di condizioni patologiche inattese che dovessero emergere nel corso della procedura, acconsento ad ogni eventuale variazione rispetto a quanto esposto che dovesse rendersi necessaria ai fini di una più vantaggiosa conduzione del trattamento.*

*Firma del paziente .....*

*Firma del genitore o tutore in caso di minore .....*

*Firma del medico .....*