

**FISIOTERAPIA ONDE D'URTO FOCALI**

da eseguire scrupolosamente come indicato:

**Portare esami radiografici, ecografici, documentazione medica e documenti di terapie già' effettuate per la stessa patologia consenso informato**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura. Dichiaro di non essere in terapia anti aggregante o anti coagulante o di avere note malattie della coagulazione o di essere a conoscenza di patologie che controindichino l'effettuazione della procedura.

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
*DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente  
minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura. Dichiaro di non essere in terapia anti aggregante o anti coagulante o di avere note malattie della coagulazione o di essere a conoscenza di patologie che controindichino l'effettuazione della procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_