



Consenso informato fisioterapia

M 22 / 06
Rev. 1

Pag.1/1

Nome del paziente _____

Data _____

Con la firma sul presente modulo

dichiaro di aver fornito al personale qualificato del reparto di di Fisioterapia della Casa di Cura Privata "Prof. E. Montanari" tutte le informazioni sul mio stato di salute:

- di non essere portatore di Pace-maker,
- di non essere in gravidanza,
- la presenza di eventuali processi neoplastici in atto.

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 di trattamento.

Autorizzo le fisioterapiste ad effettuare le terapie.

la fisioterapista

il/la paziente
