**Logo + Dati Centro Fisioterapia**

**Inserire anche recapito**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E AL CONSENSO INFORMATO SUL TRATTAMENTO SANITARIO**

Il sottoscritto……………………………....................................

nato a…....................…….…......il...………..........

residente in………………….…………………………………........................................................................................

CAP……..……....

C. Fiscale.................................................................Tel.....................................................

**Dichiara di essere stato informato:**

1. sulle finalità e le modalità del trattamento, eventualmente anche con mezzi informatici, cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal fisioterapista a tutela della propria salute, **in base a quanto previsto dalla legge 675/1996;**
2. sui soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati(laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, collaboratori) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. sull’impossibilità a procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

**Esprimo pertanto il mio consenso al trattamento dei dati personali, esclusivamente a fini di diagnosi e cura, al Dott. Nome del Terapista che prende in carico il paziente**

Città, .......................... Firma...................................

**Logo + Dati Centro Fisioterapia**

**Inserire anche recapito**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO**

**FISIOTERAPICO**

**Il sottoscritto dichiara inoltre:**

1. di avere ricevuto dal fisioterapista informazioni comprensibili ed esaurienti sul trattamento proposto e sugli obiettivi raggiungibili, attraverso i colloqui intercorsi;
2. di essere a conoscenza dei rischi e/o degli eventuali effetti collaterali che potrebbero derivare da uno specifico trattamento;
3. **di essere consapevole che senza la giusta attenzione alle regole comportamentali e agli esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia potrebbe non produrre gli effetti desiderati;**
4. Di essere a conoscenza di alternative possibili, ove presenti
5. di potere liberamente interrompere il trattamento, anche se ciò dovesse comportare il mancato raggiungimento dell’obiettivo previsto;
6. Di essere consapevole che per il mantenimento nel tempo del risultato ottenuto, potrebbero essere opportune periodiche visite e/o sedute di mantenimento (solitamente ogni 2-3 mesi);
7. **di essere a conoscenza che le visite disdette senza preavviso di almeno 24 ore devono essere comunque saldate.**

Città, .......................... Firma..................................

**Da conservare da parte del Fisioterapista unitamente a copia della cartella riabilitativa o sua sintesi**