

**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO OSTEOPATICO
IN CASO DI MINORI O DI SOGGETTI INCAPACI DI ESPRIMERE IL CONSENSO**

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____,

in qualità di Genitore Rappresentante Legale Amministratore di Sostegno di

_____ C.F. _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____,

MEDICI DI RIFERIMENTO:

Medico curante: _____ tel. _____

Medico inviante: _____ tel. _____

Premesso che:

1) in data odierna mi sono recato/a spontaneamente presso lo studio della dott.sa Paola Sciomachen (di seguito, il "Professionista") per valutare l'opportunità di sottoporre la persona che rappresento al trattamento osteopatico;

2) con parole semplici e per me del tutto comprensibili sono stato informato/a riguardo le finalità e le modalità del trattamento che si avvale di tecniche manuali applicate sul corpo della persona, nel rispetto della sua dignità, sensibilità e cultura, nonché sulle conseguenze, e sul rischio implicito che tale trattamento comporta anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza.

3) in particolare, mi è stato rappresentato che:

- il Professionista non può prescrivere farmaci, non può fare diagnosi medica né prescrivere esami diagnostici di alcun tipo,

- il trattamento, avvalendosi di tecniche manuali, necessita di un contatto fisico operatore-paziente e che al paziente, ai fini della valutazione e del trattamento, potrà essere chiesto di rimuovere alcuni capi di vestiario nel rispetto dell'intimità e della sensibilità della persona.

- Non sono evidenziati in letteratura eventi avversi conseguenti al trattamento osteopatico. Qualsiasi reazione che si manifesti successivamente ad esso, deve essere segnalata e discussa con il professionista che valuterà la possibilità di modificare il piano di trattamento, di sospenderlo o di inviare il paziente ad altro professionista di diversa competenza.

- il trattamento potrebbe essere controindicato in presenza di quadri patologici gravi non diagnosticati.

4) sono stato altresì informato del piano di trattamento previsto e dell'obiettivo.

5) Il compenso pattuito per la prestazione offerta - che non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale - è pari a € **0,00** per ogni seduta.

6) Il Professionista è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta con **Compagnia Assicurativa**

dichiaro

- di aver ricevuto le informazioni che mi hanno permesso di comprendere il trattamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

- di aver ricevuto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016;

- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto.

Data

Firma _____