

Osteopata  
Nome Cognome  
Indirizzo sede legale  
CAP Località (PROV)

### Consenso informato (trattamento osteopatico)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

#### MEDICI DI RIFERIMENTO:

Medico curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Medico inviante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

#### Premesso che:

1) In data odierna mi sono recato/a spontaneamente presso lo studio dell'osteopata **Nome Cognome** (di seguito, il "Professionista") per valutare l'opportunità di sottopormi al trattamento osteopatico e/o 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 è pari a € **0,00** per ogni seduta. Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

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

#### dichiaro

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

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_