



Osteopata CECILIA CERASTI

Partita IVA 02671250344

Sede legale: via Martiri della Liberazione 116, 43126 PR

Tel. 345 3339497

Cecilia.cerasti@gmail.com

ccerasti@pec.it

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 Cecilia Cerasti (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 € 70 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 AXA Assicurazioni (n.406135370) 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 _____