



NOTA INFORMATIVA AL TRATTAMENTO FISIOTERAPICO

Le terapie fisiche strumentali (che prevedono l'utilizzo di campi magnetici, ultrasuoni, utilizzo di calore e/o correnti elettriche) sono controindicate per i portatori di pace-maker, per le donne in gravidanza e in presenza di processi neoplastici in atto. E' controindicato inoltre l'utilizzo di laserterapia qualora sia presente un tatuaggio nella sede cutanea da trattare.

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

DICHIARA

- | | | |
|---|----|----|
| • Di essere portatore di pacemaker | SI | NO |
| • Di essere in gravidanza o di averne il dubbio | SI | NO |
| • Di essere affetto da neoplasie | SI | NO |
| • Di essere stato affetto da neoplasie Anno _____ Tipo _____ | | |
| • Di avere un tatuaggio nella sede cutanea da trattare | SI | NO |
| • Di aver fornito tutte le informazioni sul reale stato di salute | | |

E' consapevole che in mancanza di tale consenso, il trattamento strumentale proposto non potrà essere effettuato.

Formello, _____ Il paziente _____