

CONSENSO INFORMATO

AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA COSMETICA" E FOTOBIMODULAZIONE LED

(Art. 30-32 codice di Deontologia Medica)

IO-SOTTOSCRITTO/A

NATO/A.....IL

RESIDENTE..... PROV

VIA.....TEL.....

avendo consultato l'ambulatorio del Professor Osvaldo Sponzilli sono stato informato dallo stesso sulle mie condizioni cliniche, sulla metodica e sulle modalità di esecuzione del trattamento con "Agopuntura Cosmetica".

L'agopuntura cosmetica agisce attraverso la stimolazione dei fibroblasti, del collagene e attraverso il rilassamento dei muscoli mimici del viso.

Inoltre so che i risultati dipendono molto dallo stato dei miei tessuti e che la risposta non è uguale in tutti gli individui. Ho capito anche che è molto utile l'associazione con una corretta educazione alimentare e con l'attività fisica, con una corretta cosmesi quotidiana e con l'applicazione costante della protezione solare 50+. In particolare sono stato informato del fatto che non sempre l'agopuntura è accreditata dalla scienza ufficiale, e che la terapia con tale metodica non comporta l'esclusione al ricorso ad altre terapie estetiche.

Sono stato anche informato sulle possibili complicanze e in particolare sulla possibile, quantunque rara insorgenza dei seguenti eventi avversi: lipotimia, sindrome vaso-vagale, ematoma.

Avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato

La Fotobiomodulazione consiste in frequenze e lunghezze d'onda particolari che hanno lo scopo di ridare elasticità e tono alla cute. Di solito non esistono controindicazioni a parte possibili, ma rari arrossamenti momentanei.

Avendo ottenuto soddisfacente risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento e avendo ben compreso quanto a me spiegato.

ACCONSENTO

ad essere sottoposto al trattamento con tale procedura.

Il presente consenso ha validità per tutto l'anno solare

Data

Firma del paziente

Firma del medico

NORMATIVA PRIVACY (TUTELA DEI DATI PERSONALI)

Come richiesto dal EX DL 196/03 in materia di tutela dei dati sensibili, fornisco il mio consenso affinché il medico possa acquisire le mie informazioni personali e cliniche, le immagini documentali della mia persona, prima, durante e dopo il trattamento, comprendendo la necessità da parte dello stesso di documentare il suo operato allo scopo di poter disporre di un riscontro obiettivo della situazione pre e post trattamento, nonché a distanza di tempo.

A tal proposito, consapevole che sarà garantito il mio totale anonimato e l'assoluta non identificazione della mia persona,

[] **Accenso** [] **Non accenso** all'utilizzo delle suddette immagini per scopi didattico-scientifici.

Firma del Paziente per la concessione del consenso al trattamento dei dati.....
Luogo e data ,