

CONSENSO INFORMATO  
AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA COSMETICA"  
(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

ACCONSENTO

ad essere sottoposto a cicli di trattamento con tale procedura.

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 ....., .....