

CONSENSO INFORMATO

AL TRATTAMENTO CON LA METODICA "AGOPUNTURA"

(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 somatica e/o auricolare".

Sono stato informato che l'agopuntura ha una azione generale attraverso il riequilibrio del sistema nervoso, ormonale ed immunitario, pertanto svolge una notevole azione antinfiammatoria e specifica sul sistema osteo/muscolare, articolare, nonché sulle funzioni neurovegetative, sugli apparati genitale, digestivo, respiratorio e cutaneo. Gli aghi utilizzati sono personali o usa e getta. In taluni casi sono utilizzati aghi in oro sterili.

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 ufficiali.

Sono stato anche informato sulle possibili complicanze e in particolare sulla possibile, quantunque rara, insorgenza dei seguenti eventi avversi: lipotimia, sincope, sindrome vaso-vagale, ematoma, pneumotorace, aggravamento dei sintomi, mancata estrazione dell'ago, infezione locale e sistemica.

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

ACCONSENTO

ad essere sottoposto ad uno o più cicli di trattamento per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Il consenso è valido per tutto il presente anno solare

Firma del paziente (del genitore o del tutore)

Firma del medico

Legge n° 196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

IO SOTTOSCRITTO/A .....

in cura c/o l'ambulatorio del Professor Osvaldo Sponzilli, informato sui miei diritti e sui limiti di cui alla legge n° 196/03, concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli sensibili a carattere sanitario, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e di ricerca scientifica.

Data .....Firma .....