

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

Nel darLe il benvenuto presso la nostra Struttura La invitiamo a leggere con attenzione e sottoscrivere per accettazione le norme sotto riportate.

L'Utente è tenuto a presentarsi presso il Servizio di Riabilitazione o l'Ambulatorio Onde d'Urto all'orario stabilito, non potendo un eventuale ritardo essere recuperato a fine seduta.


Nel caso sia previsto il pagamento del ticket per il ciclo di terapia questo è da effettuarsi anticipatamente, prima di iniziare i trattamenti.

Per le prestazioni convenzionate con il SSR, non verrà data possibilità di recuperare la seduta singola; in caso di assenza di più giorni verrà data la possibilità di recuperare tutte le sedute perse solo presentando certificazione rilasciata dal proprio medico.

Non potranno essere recuperate le sedute disdette per qualsiasi motivo nella stessa giornata del trattamento prenotato.

In caso di assenza il paziente è tenuto a comunicare la propria assenza telefonando al numero 035/7756311 attivo dalle 08.30 alle 16.00.

Dichiaro di essere stato informato della diagnosi e delle necessità di eseguire le cure riabilitative contenute nel progetto riabilitativo individuale e delle eventuali controindicazioni al trattamento.


 Il Direttore Sanitario
 (Dr. Umberto Bonassi)

Data

Per presa visione e accettazione:

Cognome e Nome Paziente _____

Firma del paziente.....

Cognome e Nome del genitore (o chi ne abbia la patria potestà) _____

Firma del genitore Grado di parentela
(o di chi ne abbia la patria potestà)

N. documento d'identità Comune di