

Mod. 335 rev B

Sig. / Sig.ra:
Data di nascita:

Cod. Cliente:

CONSENSO INFORMATO ENDERMOTERAPIA

Si tratta di un massaggio meccanizzato tridimensionale in grado di trattare in modo assolutamente non invasivo e non doloroso diverse problematiche:

- edemi e linfedemi
- insufficienza venosa
- inestetismi cutanei (panniculopatia edemato fibrosclerotica (cellulite))
- tensioni muscolari
- rigidità delle articolazioni
- cicatrici

Vista la natura dei disturbi trattati e la loro potenziale recidiva, potrebbe essere consigliabile la continuazione della terapia con sedute di mantenimento la cui programmazione Le sarà eventualmente suggerita alla fine del ciclo, durante la visita di controllo.

Le principali controindicazioni, assolute e relative, al trattamento che verranno valutate nel corso della visita iniziale sono:

- gravidanza - flebiti - protesi d'anca - infezioni in atto - presenza di nevi sulla zona da trattare - neoplasie
- utilizzo di farmaci anticoagulanti (per la possibile comparsa di echimosi)

La terapia di edemi e linfedemi, dell'insufficienza venosa e degli inestetismi cutanei (cellulite), prevede di mantenere un regime alimentare corretto così come viene illustrato al momento della visita di arruolamento.

Il trattamento di queste patologie inoltre, durante le prime sedute può evidenziare maggiormente gli inestetismi cutanei (avvallamenti, buccia di arancia, etc.); questo è legato all'attività di drenaggio che la macchina svolge sul tessuto connettivo.

Una volta iniziato il drenaggio comincerà anche il compattamento del tessuto connettivo che a lungo termine porterà i benefici cercati.

Dati anagrafici dei genitori o del legale rappresentante in caso di minori:

COGNOME NOME DATA DI NASCITA

COGNOME NOME DATA DI NASCITA

Nel caso in cui sia presente un solo genitore allegare il Mod 284.

Nel caso in cui sia presente il legale rappresentante allegare la documentazione che ne attesti i poteri.

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

- di essere stato informato a voce e di aver letto attentamente quanto sopra esposto riguardo gli obiettivi specifici, i benefici e gli eventuali rischi e conseguenze;
- che è stato risposto in maniera chiara ed esaustiva alle delucidazioni da me richieste;
- di non essere affetto / che il minore _____ non affetto da specifici processi morbosi, per quanto è a conoscenza, che potrebbero controindicare l'esecuzione della prestazione;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'inizio della prestazione.

Ciò premesso [] acconsento [] non acconsento

a sottopormi / a sottoporre il minore _____ alla suddetta prestazione e a eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie nel corso della medesima.

Torino, ___/___/___ Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____

Confermo di aver spiegato natura e scopi della prestazione in questione.

Torino, ___/___/___ Timbro e firma del medico _____

Poliambulatori

- *Corso Venezia, 10 - Torino (parcheggio riservato)
- *Via Sempione, 148/C - Torino
- *Corso Duca degli Abruzzi, 56 - Torino
- Via D'Oria, 14/14 - Ciriè (To)
- Via Guttuari, 22, Asti

Punti prelievo

- Via Gatto, 28 - Pinerolo (To)
- Via Rieti, 30 - Grugliasco (To)

*Centri accreditati SSN fascia A,
Laboratorio Privato Analisi Cliniche

LARC S.p.A. - Sede Legale: C.so Venezia, 10 - 10155 Torino
C.C.I.A.A. 540147 • Trib. TO 1398/78
C.F./P. IVA 02226050017 • Cap. Soc. € 300.000,00 Int. Vers.
Società unipersonale soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Cà Immobiliare S.p.A.

Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 per le attività di: erogazione
di servizi nell'ambito della medicina del lavoro, igiene industriale,
sicurezza ambientale e progettazione ed erogazione di eventi formativi