

ESEMPIO PER CONSENSO INFORMATO

Ai Sig.ri utenti

Data _____

Luogo _____

Depositato c/o (struttura o professionista che conserva: consenso informato, scheda di valutazione e autorizzazione al trattamento dei dati dell'utente) _____

Gentile utente,

per poter partecipare al TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE, la informiamo che lei dovrà essere edotto in merito alla Tecnica Cranio-Sacrale. L'informazione le sarà data dall'operatore preposto ad effettuare il trattamento. L'operatore che effettuerà il trattamento garantisce l'applicazione di TECNICA CRANIO-SACRALE METODO UPLEDGER.

La Tecnica Cranio-Sacrale del Dott. Upledger è altresì conosciuta in Italia con il suo acronimo CST e può essere applicata anche nella modalità di Rilascio Somato-Emozionale (SomatoEmotional Release® - SER). è una Tecnica del Benessere di natura non invasiva e sua applicazione può essere successiva alla diagnosi medico/sanitaria ed è regolamentata dalle leggi vigenti.

Quindi le verrà chiesto in sede e prima di dar luogo al trattamento, di firmare oltre che all'usuale informativa sulla Privacy (Legge sulla Privacy 675/96 e s.m. con D. Lgs 196/2003) per dare l'autorizzazione al trattamento dei suoi dati, anche il sotto esposto CONSENSO INFORMATO.

Sappia che, i suoi dati sono utilizzati esclusivamente per svolgere le attività necessarie alle valutazioni e applicazioni cranio-sacrali, o comunque per prestazioni che rientrano nelle Tecniche del benessere, per le quali l'operatore professionista non ordinistico è qualificato ed ha ricevuto il vostro consenso a procedere.

A questo proposito, prima di firmare questo modulo per comprensione ed accettazione e piena ed esclusiva personale responsabilità, la preghiamo di voler contattare quanto prima l'operatore che potrà darle le necessarie delucidazioni nel caso in cui:

- il contenuto di quanto lei leggerà qui di seguito non le fosse comprensibile,
- non le fosse già stato, in alcun modo, ampiamente esposto l'iter di valutazione e trattamento,
- non fosse stato messo in grado, o non avesse avuto la possibilità, in qualunque forma, di avere delucidazioni in merito alla tecnica che le sarà applicata.

La sua partecipazione al trattamento, solamente se successiva alla sua firma, sarà indice di aver compreso ed accettato quanto l'operatore è venuto a proporle.

Vogliamo comunque informarla che l'operatore professionista in Tecnica Cranio-Sacrale, che non sia già provvisto di una qualifica sanitaria riconosciuta dalla legge italiana, è un Professionista non appartenente ad Ordini o Collegi (di cui alla Legge 4/2013).

Detto professionista e non potrà in alcun modo:

- effettuare il trattamento senza il pieno consenso dell'utente;
- emettere diagnosi;
- prescrivere cure (né allopatiche, né fitoterapiche, né omeopatiche, ecc.) di alcun tipo;
- consigliare o prescrivere analisi di laboratorio di qualunque tipo;
- consigliare o prescrivere visite mediche o specialistiche o ulteriori accertamenti;
- effettuare qualunque applicazione o tecnica che esuli da quanto le è stato comunicato;
- effettuare qualunque valutazione o trattamento di esclusiva pertinenza delle Professioni Sanitarie;
- adottare terminologie medici, o strumenti medici, o qualunque altro comportamento che possa essere pertinente o riconducibile alla professione medica.

CONSENSO INFORMATO.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver già ricevuto precedentemente da fonti mediche e/o sanitarie accreditate, tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'iter di valutazione e di applicazione del trattamento cranio-sacrale che ora gli è stato proposto dall'operatore professionista (*nome dell'operatore*) _____, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo per il TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE che si svolgerà presso la sede sopra indicata. Dichiara altresì di aver ricevuto informazioni esaurienti e comprensibili sui benefici derivanti dall'applicazione del trattamento proposto e su eventuali complicazioni e rischi. Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni inerenti la compatibilità della Tecnica del Benessere proposta ed applicata, come tecnica complementare ad altri trattamenti convenzionali, precedenti o contestuali e/o comunque inerenti la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi di medicina convenzionale.

Sulla base di quanto sopra esprimo il mio consenso al ricorso alla Disciplina del Benessere illustrata dal sopraindicato operatore, in quanto professionista di cui alla Legge 4/2013.

Firma dell'utente _____