

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO MASSOTERAPICO

Io sottoscritto/a
C.F.: nato/a a il
.../.../..... e residente a Via
..... in qualità di genitore/rappresentante
legale di C.F.:
..... nato/a a il
.../.../..... e residente a Via

DICHIARO

- di essere a conoscenza che nel caso di massaggio massoterapico, **l'operatore non effettua diagnosi** e, in caso di prescrizione medica, questo si attiene rigorosamente alle indicazioni mediche;
- di essere a conoscenza che, in caso di mancanza di prescrizione medica, il trattamento sarà esclusivamente manuale ed avrà finalità di benessere e di rilassamento globale o mirato;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di informare **preventivamente** il professionista di qualsiasi stato morboso e/o patologia acuta o cronica di cui è affetto;
- di essere a conoscenza che le ricevute sanitarie sono detraibili nella misura e secondo le modalità previste ai sensi dell'art. 15, D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 (T.U.I.R.);
- di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dalla Massoterapista Cassandra Bari:
 - sul tipo di trattamento massoterapico proposto: tecniche, materiali e mezzi utilizzati e in particolare:
 - di essere a conoscenza che il trattamento è un insieme di diverse manovre (sfioramenti, impastamenti, frizioni, percussioni, digitopressioni, drenaggi, allungamenti e mobilizzazioni) eseguite con l'utilizzo di varie parti del corpo e/o semplici attrezzi per aiutare il lavoro del massaggiatore, con o senza l'utilizzo di olii e/o creme;
 - sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento massoterapico suddetto;
 - sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
 - sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
 - sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento massoterapico;
 - sull'impossibilità a procedere nel trattamento massoterapico in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.
 - sul diritto di avere libero accesso alla documentazione concernente i trattamenti.
 - sulla possibilità di richiedere in qualsiasi momento copia della presente scheda informativa.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento massoterapico proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento massoterapico proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento massoterapico proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- aver fornito **tutte le informazioni sul mio stato di salute** e, in particolare, sulla eventuale presenza di gravidanza, dermatosi infettive/ulcerose nelle zone da trattare, ustioni, ferite, abrasioni – neoplasie cutanee o sottocutanee, altre malattie oncologiche, gravi patologie cardiache, fratture, lussazioni, osteoporosi, fase acuta di una malattia (es. stati febbrili), epilessia, patologie neurologiche, patologie infiammatorie anche vascolari (flebiti), portatori di pacemaker:

.....

- aver comunicare eventuali allergie in particolare ad oli o creme:

.....

- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
- di aver preso atto che le prestazioni di massoterapia erogate sono svolte esclusivamente mediante valutazione, osservazione e trattamento diretto da parte del professionista. **Non vengono utilizzati sistemi di intelligenza artificiale**, algoritmi decisionali automatizzati o strumenti digitali di analisi automatica per la valutazione delle condizioni fisiche dell'utente, per l'elaborazione del trattamento o per l'esecuzione della prestazione. Ogni valutazione anamnestica, funzionale e terapeutica è effettuata personalmente dal massoterapista sulla base delle proprie competenze professionali, formazione e esperienza.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO MASSOTERAPICO

Luogo e data

Nome e Cognome

Firma