

Dichiarazione di consenso informato del-la paziente

La preghiamo di leggere attentamente il presente modulo e la invitiamo a chiedere nel caso in cui non dovesse capire qualcosa o se volesse avere più informazioni a riguardo.

La chiropratica è una professione medica con formazione universitaria. Le terapie prodigate sono generalmente molto sicure e ben sopportate dai pazienti, in genere con pochi effetti collaterali. La chiropratica si occupa della diagnosi, prevenzione e terapia dei disturbi e delle disfunzioni dell'apparato neuro-muscolo-scheletrico.

Possibili effetti collaterali del trattamento chiropratico, in particolare delle manipolazioni vertebrali includono:

- Dolori locali e tensioni nell'area trattata, che si risolvono nell'arco di 24-48 ore.
 - Stanchezza, raramente vertigini, nausea, ronzio nell'orecchio. Questi effetti possono presentarsi sporadicamente e di norma si risolvono in breve tempo.
 - Complicazioni gravi in seguito al trattamento di manipolazione della colonna cervicale (lesioni del sistema nervoso e vascolare) sono state documentate in letteratura in casi isolati (circa un caso su 1-5 milioni di trattamenti). Tuttavia, studi scientifici recenti non hanno potuto confermare una relazione causale diretta.
 - In caso di densità ossea ridotta (p.es. osteoporosi), vi è un maggiore rischio di frattura delle costole.
- Sono stato-a informato-a dal-la chiropratico-a firmatario-a sulla diagnosi, gli obiettivi, lo svolgimento del trattamento, i possibili vantaggi ed eventuali svantaggi del trattamento chiropratico, come anche dei possibili rischi.
- Ho avuto tempo a sufficienza per prendere una decisione.
- Ho informato il-la chiropratico-a dei miei fattori di rischio conosciuti.
- Il-la chiropratico-a ha risposto in maniera esaustiva alle mie domande.
- Non ho altre domande, sono sufficientemente informato-a e acconsento al trattamento.

Paziente:

Cognome e nome:

Data di nascita:

Luogo e data: Zürich

Firma del-la paziente:
(per i minori, firma del rappresentante legale)

Conferma del-la chiropratico-a:

Confermo di aver spiegato al-la presente paziente la natura, il significato e la portata del trattamento.

Luogo e data: Zürich

Firma del-la chiropratico-a: