

## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a..... il .....  
residente a.....prov.....CAP.....via.....  
C.F.....  
Tel..... e-mail.....

Accetto al/ai trattamento/i sotto riportati dopo essere stato/a informato/a verbalmente delle modalità, rischi ed effetti collaterali, dei risultati ottenibili, delle alternative possibili anche in termini percentuali. Dichiaro inoltre di aver informato il medico di tutta la mia situazione clinica e in particolare di eventuali controindicazioni al trattamento.

- **CRIOAURICOLOTERAPIA:** consiste nel trattamento terapeutico mediante applicazione in determinati punti del padiglione auricolare di criospray (a base di azoto liquido e gas nobili).
  - ✓ Effetti collaterali possibili: lieve dolore al momento dell'applicazione; calore dell'orecchio; formazione di pellicole o piccole croste sui punti trattati; depigmentazione temporanea dei punti trattati; reazioni vagali (svenimenti); altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche.
- **AURICOLOTERAPIA:** consiste nel trattamento terapeutico mediante infissione in determinati punti del padiglione auricolare di piccoli aghi a semipermanenza o estemporanei sterili e monouso.
  - ✓ Effetti collaterali possibili: dolore; infezione; sanguinamento, ecchimosi, ematomi; reazioni allergiche agli aghi; reazioni vagali (svenimenti); altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche.
- **AGOPUNTURA:** consiste nel trattamento terapeutico mediante infissione di aghi sterili e monouso in determinati punti del corpo lungo i "meridiani".
  - ✓ Effetti collaterali possibili: dolore; infezione; sanguinamento, ecchimosi, ematomi; reazioni allergiche agli aghi; reazioni vagali (svenimenti); altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche.
- **MESOTERAOPIA:** tecnica terapeutica che si effettua sia utilizzando i farmaci tradizionali, sia componenti omeopatici, i quali vengono introdotti in piccolissime quantità nella cute tramite iniezioni intradermiche multiple in corrispondenza delle zone affette da trattare con materiale sterile monouso
  - ✓ Effetti collaterali possibili: dolore; infezione; sanguinamento, ecchimosi, ematomi; reazioni allergiche (a farmaci o materiali medicali); reazioni vagali (svenimenti); atrofia cutanea o depigmentazione temporanea dei punti trattati; altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche.
- **RIPROGRAMMAZIONE POSTURALE:** tecnica di riprogrammazione dei principali recettori posturali (piede, occhio e masticazione), principalmente mediante l'uso di solette galvaniche e ginnastica oculare con l'ausilio di collirio omeopatico e manovre di manipolazione articolare.
  - ✓ Effetti collaterali possibili: dolore da manipolazione; reazioni allergiche (al collirio); altri e specificati in conseguenza di particolari condizioni cliniche.

Esprimo il mio consenso libero, personale e informato ai trattamenti sopra proposti, consapevole di poter revocarlo in qualsiasi momento tale consenso.

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

REVOCA AL CONSENSO – data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma medico \_\_\_\_\_

## **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali**

Io sottoscritto/a..... (vedi dati completi nella pagina precedente 1/2)

In cura presso la Dott.ssa Maeva Christophe, informato sui miei diritti e sui limiti di cui alla legge n° 196/03, in merito al “codice in materia di protezione dei dati personali”, **esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali**, compresi quelli sensibili a carattere sanitario, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, e prestazioni connesse, il suddetto Dottore , direttamente o tramite personale operante sotto la sua responsabilità

**DIRITTI DELL'INTERESSATO** Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati...
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte... per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano...

**Autorizzo** inoltre la Dott.ssa Christophe a conservare materiale clinico – anamnestico ed eventualmente fotografico inerente la mia persona ai soli fini di diagnosi e follow-up della mia situazione clinica, vietandone la diffusione o pubblicazione a terzi, SALVO CHE per fini di ricerca scientifica e divulgazione della stessa previa modifiche dei dati tali e dell'eventuale materiale fotografico, tale da non rendere riconoscibile la mia persona (copertura o cancellazione del volto, utilizzo delle sole iniziali)

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

**Autorizzo** inoltre la Dott.ssa Christophe Maeva all'utilizzo del mio indirizzo di posta elettronica nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (DL 06/2003 n.196)

- come metodo di comunicazione alternativo al telefono fisso o cellulare per l'invio di materiale inerente la mia persona

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

- Per l'invio di materiale informativo/promozionale inerente l'attività medica della dott.ssa Christophe

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_