



SOCIETA' SCIENTIFICA ITALIANA
DI
OSSIGENO-OZONO TERAPIA

24100 BERGAMO - VIA PASSO DEL VIVIONE 7
Tel. 035 290636 - Sito: www.ossigenoozono.it
E-mail: info@ossigenoozono.it

ASSOCIATA: **FISM** - FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ MEDICO - SCIENTIFICHE ITALIANE

**CONSENSO INFORMATO
VALIDO ESCLUSIVAMENTE SE:**

- **IL MEDICO PROPONENTE SIA REGOLARMENTE ISCRITTO S.I.O.O.T.**
- **VENGONO UTILIZZATE APPARECCHIATURE MULTIOSSIGEN CERTIFICATE
SECONDO D.L. 46/97 IN CLASSE A 2**

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____ Residente

a _____

a) Patologia accertata

Allergie _____

Sintomi accusati (se non accertata la patologia)

Perché si rende opportuno procedere al trattamento che verrà effettuato?

b) Alternative terapeutiche (quali, quali rischi, vantaggi, effetti indesiderati)

c) Trattamento che verrà effettuato

d) Terapia da effettuare prima o durante il trattamento

e) Modalità del trattamento

f) Possibili Complicanze:

g) Terapie da eseguire dopo il trattamento

Il sottoscritto Sig./La sottoscritto Sig.ra

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

DICHIARA

- **di essere pienamente cosciente**
- **di avere letto attentamente il presente documento**
- **che il medico proponente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste e utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato**
- **di averne pertanto compreso interamente il contenuto**
- **di autorizzare il medico procedente ad effettuare il trattamento medico sopra descritto**

Data _____

Firma del medico _____

Firma del paziente _____

In base alla legge 675/96 acconsento che i dati riguardanti la mia persona, raccolti nella mia scheda personale, vengano custoditi e trattati a fini specialistici, scientifici e contabili, ferma restando la tutela alla quale sono soggetti, essendo coperti dal segreto professionale.

Firma del paziente _____