

DATA

Io sottoscritta Cognome

Nome

Nata a:

il:

/

/

Dichiaro di essere stata informata in modo completo, comprensibile ed esauriente riguardo la natura del mio problema di salute

Dichiaro altresì di aver ricevuto e letto il prospetto informativo riguardante il trattamento riabilitativo del pavimento pelvico e dichiaro di aver compreso quanto spiegatomi dalla Dott.ssa

Sono consapevole di potermi rivolgere a lei per qualsiasi ulteriore informazione. Dichiaro di essere stata informata che per il mio problema di salute non esistono esistono altre opzioni terapeutiche quali:

e che in caso di mancato trattamento, questo potrebbe comportare

Pertanto

Acconsento

Non Acconsento

a sottopormi alla terapia riabilitativa del pavimento pelvico, trattamento effettuato tramite

come propostomi.

Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, sia prima dell'inizio del trattamento che in corso di trattamento.

Firma della paziente

Firma dell'ostetrica