

### 6.3 CONSENSO ALLA PROCEDURA PROPOSTA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsento a sottopormi al TEST DEL CAMMINO (WALKING TEST) per 6 minuti, la natura e gli scopi del quale mi sono stati spiegati dal Dott. /Fisioterapista \_\_\_\_\_ con riferimento alle mie condizioni cliniche.

Acconsento, inoltre, a sottopormi ad eventuali misure diagnostiche e/o terapeutiche che si rendessero opportune o necessarie nel corso del trattamento o in seguito allo stesso.

Sono stato/a informato/a in modo comprensibile sul tipo di strumenti, sul metodo operativo e sui materiale che verranno impiegati, sui rischi della procedura, sui vantaggi conseguibili e sugli svantaggi che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione.

Alle domande da me poste il Medico/Fisioterapista ha fornito risposte comprensibili.

Eventuali osservazioni:

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

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

Firma del Medico \_\_\_\_\_

\*: in caso di paziente minorenne o di paziente interdetto, la firma deve essere dell'esercente la Patria Potestà (Genitore o Giudice Tutelare) o del Tutore.