

Io sottoscritto/a
confermo che:

il/la Dr./D.ssa mi ha fornito informazioni in merito alla "metodica Pantellini" sia per i possibili benefici così come dei possibili effetti collaterali che potrebbero verificarsi e che tale metodica non è ufficialmente riconosciuta ed ha valore di integrazione complementare tenendo conto che la sua azione si esplica con il trasferimento di potassio a livello intracellulare.

Mi ha fornito informazioni inoltre sui rischi cui posso andare incontro se dovessi decidere di rifiutare le terapie propostemi dai medici degli Enti Sanitari ufficiali.

Mi è stata data la possibilità di fare domande. Ho compreso ed accetto le risposte che mi sono state date. Posso, in qualsiasi momento:

- chiedere al medico ulteriori informazioni;
- abbandonare la metodica, senza che questo influenzi il mio rapporto con il medico della Fondazione.

Sono d'accordo che il/la Dr./D.ssa non mi somministri più il trattamento se lo ritiene necessario.

Confermo che ho fatto del mio meglio per informare il medico in merito alle malattie, danni, interventi chirurgici e farmaci che ho assunto o che sto ancora assumendo.

Ho compreso che né il mio nome né alcun dato che possa consentire la mia identificazione apparirà in alcun rapporto (ad eccezione della scheda di registrazione che è comunque segreta), ma che Autorità Sanitarie nazionali od internazionali, Ricercatori e quanti altri abbiano il dovere di verificare gli effetti della metodica, potranno visionare i miei dati clinici su rapporti originali con il mio nome, e sono d'accordo che questo avvenga. Costoro sono comunque tenuti ad applicare le stesse regole di tutela della riservatezza alle quali è tenuto il medico.

Acconsento ed autorizzo l'eventuale pubblicazione di dati clinici a scopo scientifico e per favorire il progresso della medicina, anche a distanza di anni in caso di revisioni di materiale conservato e archiviato, salvaguardando l'anonimato della fonte.

Sono d'accordo nel seguire questa metodica; ho capito e condivido tutto quello che essa comporta.

Nome del/della paziente

Firma del/della paziente

Parte da non compilare - Riservata alla Fondazione Valsé Pantellini

Io Medico Responsabile confermo che ho esaurientemente esposto la natura, gli scopi, i possibili e prevedibili effetti collaterali, al/alla paziente.

Dichiaro che il/la paziente ha letto e trattenuto copia del "Foglio di informazioni per il/la paziente" e che; "Il/La paziente è stato/a informato/a della metodica proposta ed è consapevole dei benefici e potenziali effetti collaterali ad essa associati".

Nome del Medico

Firma del Medico

Data

Data del consenso