

RICHIESTA E CONSENSO ESECUZIONE TERAPIE MANIPOLAZIONI E MOBILIZZAZIONI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

richiedo le seguenti terapie e ne autorizzo l'esecuzione:

- Mobilizzazione e /o manipolazione di altre articolazioni (93.16)
- Mobilizzazione della colonna vertebrale

CONTROINDICAZIONI:

- Storia di carcinoma
- Traumi, interventi chirurgici recenti in sede di trattamento
- Infezioni attive
- Fratture recenti
- Morbo di Scheuermann
- Osteoporosi, osteopenia, osteomalacia
- Instabilità vertebrale, spondilite, spondilolistesi, danni discali noti, osteoartrosi grave
- Assunzione di cortisonici ed anticoagulanti
- Diabete, ipertensione, dislipidemie, alterazioni della coagulazione, omocisteinemia
- Traumi diretti o ripetuti su vasi, aneurismi, aterosclerosi
- Presenza di parestesie facciali, episodi di cadute a terra, obnubilamento visivo
- Vertigini ed acufeni
- Dolore al collo o cefalea atipici
- Artriti, connettiviti
- Gravidanza a rischio

NOTE _____

Dichiaro di essere a conoscenza delle controindicazioni per le terapie sopra elencate che ho letto e valutato.

Firma e consenso del paziente
o di persona legalmente idonea

Varese _____