

Ambulatorio di Terapia Complementare
Luca Burberi
Omeopatia – Naturopatia – Terapia Craniosacrale – Radioestesia – Tai Chi Chuan
Riconosciuto da NVS – RME – ASCA
RCC O094662

Dati paziente

Cognome:	_____	Telefono abitazione:	_____
Nome:	_____	Telefono cellulare:	_____
Data di nascita:	_____	Telefono ufficio:	_____
Professione:	_____	Indirizzo e-mail:	_____
Via, n. civico:	_____	Assicurazione malattia:	_____
NPA, località:	_____		

Assume regolarmente medicinali? _____

Quali?

Informazione destinata a pazienti e clienti

Il terapeuta mi ha informato sulle possibilità ed i limiti dei metodi di trattamento utilizzati e su possibili rischi ed effetti collaterali. Di comune accordo abbiamo stabilito un obiettivo e un piano del trattamento; mi ha informato di essere un terapeuta complementare e di NON essere medico; pertanto mi è stato fatto presente di non interrompere e/o modificare mai una cura della medicina accademica senza avere prima consultato il medico prescrivente o altro medico di fiducia ed altresì di non interrompere e/o evitare lo svolgimento di attività diagnostiche tradizionali.

Ho ricevuto informazioni in merito al costo del trattamento, alle prestazioni assicurative, all'assunzione delle spese ed alle modalità di pagamento. In particolare mi è stato fatto notare che è importante chiarire con il mio assicuratore complementare, prima dell'inizio del trattamento, se il trattamento previsto presso il presente terapeuta venga riconosciuto dalla mia assicurazione.

Non mi è stata fatta alcuna promessa di guarigione.

In caso di necessità disdico con almeno 24 ore di anticipo gli appuntamenti che non posso mantenere, altrimenti mi potrebbero venir fatturati.

Ho preso atto delle spiegazioni di cui sopra e confermo l'esattezza dei dati forniti.

Data: _____

Firma: _____