

MODULO DI INFORMAZIONE (ART.33 Codice deontologico medico vigente)
E CONSENSO /DISSENSO INFORMATO ART.35 (Codice deontologico
medico vigente)

Io sottoscritto nato a, il, residente in in
via

dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dal Dott
Bagnato Maurizio medico olistico iscritto all'Ordine dei Medici (ODM) ed
Odontoiatri di Roma e Provincia al n° 38588 , che la Medicina olistica nelle
sue varie branche che esercita quale medico esperto registrato presso ODM
RM in omeopatia, omotossicologia, agopuntura e fitoterapia sono medicine
non convenzionali/complementari/integrative e non sostitutiva della medicina
convenzionale, evidenziando altresì che sono al corrente circa i limiti delle
cure come quella omeopatica e le altre olistiche che liberamente scelgo come
tali per il presente tele consulto.

Dichiaro che sono al corrente di come la mia malattia, se non
adeguatamente trattata in questa fase, potrebbe evolvere e di quali nuove
problematiche potrebbero insorgere, a motivo del quale, qualora i sintomi
della malattia stessa persistessero nel tempo, potrebbe essere opportuno
integrare o sostituire la cura omeopatica e le altre cure olistiche con terapie
convenzionali.

Dichiaro che sono al corrente circa le possibili alternative terapeutiche
convenzionali di ciascuna delle quali so la natura, i rischi, i vantaggi; ho
pertanto ben presente di voler effettuare il presente tele consulto anche
come secondo parere e preferendo al momento anche seguire la via

terapeutica omeopatica e le altre olistiche sopra indicate anziché le altre possibili alternative convenzionali in virtù' del principio della mia autodeterminazione tutelato dall'art.32 della Costituzione.

Ho compreso l'effettiva portata della cura omeopatica e delle altre olistiche che può non essere immediata nell'effetto terapeutico.

Ho preso atto che la cura omeopatica e' "atto medico", come sancito dal Congresso di Terni della FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici e degli Odontoiatri) del 2002 e ratificato con la Conferenza Stato Regioni del 7.2.2013 che sancisce all'art.1 che e' atto sanitario:

attività riservata perché di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo, dell'odontoiatra professionale, del medico veterinario e del farmacista, ciascuno per le rispettive competenze.

4. L'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia sono considerate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione.

1. Il presente accordo ha come oggetto la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri che esercitano l'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia a tutela della salute dei cittadini e a garanzia del corretto esercizio della professione.

2. Ai compiti e alle attività previste dal presente accordo, si deve provvedere con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili secondo la legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

3. L'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia costituiscono atto sanitario e sono oggetto di

Mi sono state descritte accuratamente e conosco tutte le informazioni della prevedibile durata della cura omeopatica e le altre olistiche in ossequio all'art.15 del codice deontologico medico vigente.

Sottoscritto in due originali in data di cui uno per il paziente.

Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria

potestà sul minore

Firma del Medico

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI AI FINI
DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30.6.2003 E ART.12 del codice
deontologico medico vigente

Il sottoscritto
..... nato a il
..... e residente a
..... assistito come tele consulto dal Dott. Maurizio

Bagnato medico omeopatico e olistico

e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n.675/96
concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento
dei dati personali” autorizza il Dott. Maurizio Bagnato a raccogliere, registrare
ed utilizzare i dati personali a fini di diagnosi e cura, a fini sanitari, a fini
amministrativi e fiscali . Inoltre il sottoscritto acconsente a che sia data
comunicazione relativa al proprio stato di salute alle persone qui indicate:

1)..... 2).....
3)..... 4)..... Il

sottoscritto infine acconsente, eventualmente, che al ritiro della propria
documentazione/scheda sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste
specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche) venga effettuato dalle
seguenti persone:

1).....
2)..... E' a conoscenza

del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge necessitano anche di consenso informato.

Sottoscritto in data in due originali.

Firma dell'interessato,

del legale rappresentante

..... o dell'esercente la

patria potestà