# CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO ADULTI

(Art. 5 - Convenzione di Oviedo)

Io sottoscritto sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prima di ottenere prestazioni professionali di tipo logopedico da parte del/la dottore/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in mio favore sono stato informato sui seguenti punti:

• la prestazione offerta è una terapia atta a migliorare gli aspetti comunicativi e linguistici, e/o a potenziare le abilità di apprendimento scolastico e/o riabilitare le abilità masticatorie e deglutitorie;

• Le sedute verranno rese in via telematica (video-conferenza e chat) tramite Skype o analogo sistema digitale (inserire nome del sistema utilizzato)\*\*

• il trattamento si articola in\_\_\_\_ sedute di valutazione e consegna della relazione, trattamento riabilitativo. Qua modificare in base a come si è ridisposta l’attività

• a tal fine potranno essere usati strumenti di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione;

• lo strumento principale di intervento sarà la seduta riabilitativa di 45-60 minuti, con frequenza settimanale da valutare in relazione alla problematica e alla disponibilità in studio;

• il compenso, sarà di euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_a terapia, da conferire secondo accordi presi;

• in caso di impossibilità a presentarmi all’appuntamento, rinvieremo con un preavviso di 24 ore; in caso di mancato preavviso, pagheremo comunque l’importo relativo alla prestazione professionale non goduta o le spese , secondo gli accordi ;

• la durata globale dell’intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;

• in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al logopedista la volontà di interruzione;

• Il logopedista è tenuto a rispettare il Codice Deontologico dei Logopedisti Italiani;

• le sedute potrebbero essere audio/videoregistrate a soli scopi professionali/didattico/scientifici,

fermi restando gli obblighi del logopedista al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza; Informato/a di tutto ciò, accetto di fruire della prestazione concordata con il/la dr/dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a all’Ordine Professionale TSRM-PSTRP di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Albo Logopedisti n°\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* dicitura inserita per attività a distanza del logopedista in seguito a situazione di emergenza dovuta a COVID-19