

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_,  
Data consegna modulo \_\_\_\_\_.

### **Dichiara**

- ☞ di essere stato/a informato/a circa la possibilità di sottopormi ad un programma di educazione visiva optometrica (training visivo optometrico) per il trattamento di:
  - problemi di efficienza visiva
  - problemi di cinetosi visiva
  - problemi visivi collegati all'apprendimento
  - problemi di coordinazione/integrazione binoculare
  - problemi di riduzione funzionale del visus
  - problemi di progressione miopica
  - problemi visivi collegati a disturbi posturali
  - problemi visivi secondari ad una lesione cerebrale
  - problemi visivi collegati a disturbi dello sviluppo
  - problemi visivi \_\_\_\_\_
- ☞ di aver ricevuto informazioni relativamente:
  - al metodo proposto, sia oralmente, sia con apposito materiale informativo,
  - ai benefici che possiamo attenderci da esso,
  - alle alternative di trattamento,
  - alle responsabilità che dobbiamo assumerci circa l'adeguata applicazione del metodo in oggetto;
- ☞ di rendermi conto che, per l'efficacia del trattamento in oggetto, è necessario che esso venga

[www.visionlab.org](http://www.visionlab.org)

realizzato giornalmente.

- ☞ di aver capito che il mancato rispetto delle indicazioni fornitemi riduce l'efficacia del metodo e può essere motivo di interruzione del trattamento da parte dell'optometrista;
- ☞ di essere consapevole che il programma di educazione visiva optometrica è rivolto a quanti hanno problemi di efficienza visiva in assenza di malattie oculari e che l'optometrista non effettua diagnosi né trattamenti di alcuna patologia degli occhi o del sistema visivo;
- ☞ di sapere che, in caso di un problema o disturbo di natura patologica, dobbiamo consultare il nostro medico di base o uno specialista delle malattie dell'occhio e che gli esami ed il trattamento optometrico non sostituiscono in alcun modo la visita del medico, né le cure e/o gli interventi che vengono prescritti per le condizioni di patologia oculare;
- ☞ di aver compreso ognuno dei punti precedenti, così come le tutte le altre informazioni ottenute direttamente dall'optometrista e/o dal materiale informativo allegato;
- ☞ di aver avuto l'opportunità di rivolgere all'optometrista domande di chiarimento circa le informazioni fornitemi e di aver ricevuto risposte soddisfacenti;

**pertanto chiedo**

di potermi sottoporre al programma di educazione visiva optometrica.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma*