

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. Paolo Campanella medico omeopata iscritto all'Ordine dei Medici ed  
Odontoiatri della Provincia di Varese al n° 4249 e con studio in Piazza Carducci  
6 – 21100 Varese, che la Medicina Omeopatica è una medicina  
non convenzionale/complementare/integrativa e non sostitutiva della medicina  
convenzionale, evidenziando altresì che la cura omeopatica mi è stata descritta in  
modo dettagliato ed approfondito sino ad una completa comprensione da parte mia  
e su cui nulla osservo.

Dichiaro che sono stato messo 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 con altre terapie convenzionali.

Dichiaro che mi sono state indicate le possibili alternative terapeutiche convenzionali  
di ciascuna delle quali mi sono stati chiariti la natura, i rischi, i vantaggi; ho pertanto  
ben compreso quali siano i motivi che rendono attualmente preferibile seguire la via  
terapeutica omeopatica sopra indicata 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 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:

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 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.

Mi sono state descritte accuratamente tutte le informazioni della prevedibile durata della cura omeopatica 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 privatamente dal Dott. Paolo Campanella medico omeopatico

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. Paolo Campanella 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** .....