

ZGODA PACJENTA na przeprowadzenie zabiegu pinopresury, bańki chińskiej, terapii manualnej

DANE PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię pacjenta

Nazwisko pacjenta

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA

Imię

Nazwisko

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pinopresura jest to metoda terapii manualnej w pełni nieinwazyjna, która polega na ucisku i stymulacji określonych punktów na ciele pacjenta przy pomocy pinów (mosiężnych gwoździ) oraz tępych noży (pinokaty), co ważne skóra podczas zabiegu nie jest przebijana.

Terapia sprawdza się przy likwidacji bólów stawowych i trzewnych, w aparacie ruchu czy dyskopatii, ale również powstałych przez urazy sportowe.

1. Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosowanie antykoagulantów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostre zaburzenia odporności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia pracy zastawek serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dezorientacja pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia krwawienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby hematologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekcje układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergie na metale i lateks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osłabienie pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

.....

.....

.....

Oświadczam, że udzieliłem (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

2. Najczęstsze choć rzadkie powikłania występujące w trakcie bądź w wyniku planowanego zabiegu:

- **zabiegu pinopresury:** Siniaki, otarcia, wybroczyny, opuchlizna, zaczerwienienie, miejscowy stan zapalny, wymioty, omdlenie, zawroty głowy, czasowe nasilenie objawów bólowych. Działanie niepożądane: przerwanie ciągłości skóry, zakażenia bakteryjne i wirusowe.
- **zabiegu bańską chińską:** Wybroczyny, siniaki, pęcherze z osoczem i krwią, pęknięcie małych naczyń krwionośnych, ból podczas zabiegu, miejscowy stan zapalny, podwyższona temperatura ciała.
- **zabiegu terapii manualnej:** Siniaki, otarcia, wybroczyny, opuchlizna, zaczerwienienie, miejscowy stan zapalny, wymioty, omdlenie, zawroty głowy, czasowe nasilenie objawów bólowych. Działania niepożądane: zakażenia bakteryjne i wirusowe, przerwanie ciągłości skóry, złamania, udar niedokrwienny (w przypadku zatajenia miażdżycy lub innych chorób naczyń krwionośnych przez pacjenta).

Oświadczam, że:

- powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące terapii osteopatycznej / fizjoterapii jej celowości i oczekiwanych wyników oraz potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić w trakcie bądź w wyniku w/w zabiegu,
- rozumiem, że tak jak w przypadku wszelkich procedur ogólnomedycznych pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę/ osteopatę nie są gwarantowane,
- zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych
- zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących terapii i na wszelnie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień
- znane mi są możliwe reakcje organizmu po przeprowadzeniu zabiegu.

Ewentualne uwagi pacjenta

.....
.....
.....

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę / osteopatę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty / osteopaty o zmianach stanu zdrowia.

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

3. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

4. Potwierdzenie fizjoterapeuty / osteopaty odbierającego zgodę:

Data

Podpis