



Beteg beleegyező nyilatkozat fizioterápiás kezelésekhez

Beteg neve:Születési neve:.....

Születési helye, ideje:TAJ:

Lakhely:

Tisztelt Betegünk!

Köszönjük bizalmát, hogy intézetünket választotta gyógyulásához. Állapotának javulását különböző fizioterápiás kezelések biztosítják. A kezelések egyénre szabottak, melyet a szakorvos (reumatológus, sebész, orthopédus, neurológus) rendel el. A kezeléseket az Ön aktuális gyógytornásza és fizioterapeutája bonyolítja le. Elektroterápiát, vagyis elektromos kezeléseket kaphat fájdalmas testrészeire a panaszaitól függően.

KONTRAINDIKÁLT, vagyis nem javasolt az elektromos kezelés a következő betegségek esetén:

- tüdőgyulladás
- rosszindulatú daganatos betegség (kivételek TENS, BEMER)
- lázas állapot, fertőző betegség
- sérült, gyulladt bőrfelületen
- fém implantátumok területén (másik területen adható)
- általános rosszullét esetén
- nem beállított magas vérnyomás esetén
- PACEMAKER esetén!! (Szakorvosi javaslat esetén fokozott óvatossággal kizárólag alsó végtagokra adható!)
- terhesség első és utolsó 6-7 hetében
- menstruáció alatt
- vérzéses állapot, trombózis esetén

A kezelések kockázatairól, lehetséges mellékhatásairól, várható következményeiről, valamint kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és volt kellő időm dönteni, hogy részt kívánok -e venni a kezelésekben. **Aláírással tanúsítom beleegyezésemet a javasolt kezelésekre.**

Dátum:

.....
Felvilágosítást adó kezelő

.....
Beteg vagy hozzátartozója, képviselője

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármelyik vagy mindegyik kezelés elutasítására. Ez esetben a gyógyulásom alakulásáért a kezelő személyzetet a felelősség alól felmentem.

Dátum:

.....
Felvilágosítást adó kezelő

.....
Beteg vagy hozzátartozója, képviselője