



ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU MAGNETOSTYMULACJI

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu funkcjonalnej magnetostymulacji mięśni dna miednicy.

Zostałem dokładnie poinformowany / zostałam dokładnie poinformowana o:

- wszelkich przeciwwskazaniach dotyczących wykonywania zabiegu
- sposobie i technice przeprowadzania zabiegu
- pochodzeniu i działaniu preparatów używanych podczas zabiegu
- efektach, jakie mogę osiągnąć dzięki leczeniu
- możliwych działaniach niepożądanych i ryzyku, jakie towarzyszy magnetostymulacji
- właściwym postępowaniu po wykonanym zabiegu
- trwałości efektów magnetostymulacji
- niezbędnym odstępie czasu pomiędzy zabiegami
- minimalnej liczbie zabiegów, które są konieczne do utrzymania osiągniętego rezultatu

Poinformowano mnie, jak należy przygotować się do zabiegu.

Fizjoterapeuta wyjaśnił mi, że pominięcie przygotowań do zabiegu może wpłynąć na wynik leczenia. Wyłumaczono mi również, że efekt wykonania zabiegu nie jest identyczny u wszystkich pacjentów. W sposób wyczerpujący poinformowano mnie o wszelkich możliwych skutkach i działaniach niepożądanych, jakie mogą wystąpić w ciągu 2 tygodni od wykonania zabiegu, jeśli nie zastosuję się do wskazań terapeuty. Przez rozpoczęciem leczenia udzieliłem / udzieliłam pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zadane podczas wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia
- ewentualnej ciąży
- przyjmowanych leków
- przeprowadzonych zabiegów
- elementów metalowych znajdujących się w ciele (takich jak rozrusznik serca lub endoprotezy)
- przebytych i aktualnych chorób

Informacje przekazane przez fizjoterapeutę są dla mnie całkowicie zrozumiałe, precyzyjne i szczegółowe. Jestem świadom / jestem świadoma, że wystąpienie możliwych skutków ubocznych i działań niepożądanych, o których poinformował mnie fizjoterapeuta, nie uprawnia do roszczeń odszkodowawczych. Nie uprawnia do nich również ewentualna rozbieżność pomiędzy moimi oczekiwaniami a rzeczywistym rezultatem opisanym przez terapeutę przed rozpoczęciem zabiegu. Podczas rozmowy z fizjoterapeutą miałem / miałam możliwość zadawania pytań dotyczących oferowanego zabiegu.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z powyższym tekstem i świadomie zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu magnetostymulacji.

.....
(data i podpis fizjoterapeuty)

.....
(data i podpis pacjenta)