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

 pieczątka

Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu

akupunktury

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

imię i nazwisko Pacjenta

…………………………………………………………

data urodzenia

………………………………………………………….

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabieg akupunktury nazywany dalej świadczeniem zdrowotnym.

**Działanie zabiegu:**

**Opis proponowanego zabiegu:**

* Zabieg ten polega na wprowadzeniu cienkiej igły o grubości 150-300 mikrometrów i długości 15-65 mm. Igły wbija się w tkliwe obszary położone tuż pod skórą lub na samym mięśniu.
Igły są wykorzystywane jednorazowo, rozpakowywane z jałowego opakowania przy pacjencie, dodatkowo igła jak i pole nakłuwania są dezynfekowane środkiem dezynfekującym.
* Zastosowane igły do zabiegu są igłami nieiniekcyjnymi.
Czas zabiegu wynosi od 30 do 60 min, w zależności od odpowiedzi tkankowej. Ostateczny czas trwania zabiegu jest ustalany przez fizjoterapeutę wykonującego zabieg.
* Zabieg akupunktury poprzez wprowadzenie igły w bolesny punkt/obszar może powodować delikatne, kontrolowane wywołanie stanu zapalnego mięśnia/ obszaru powięzi, celem zmuszenia organizmu do szybszej regeneracji w całkowicie naturalny sposób wykorzystując własne czynniki naprawcze oraz doprowadzenie do wyrównania poziomu napięć energetycznych.
* Całkowity czas regeneracji tkankowej trwa ok. 2– 7 dni.

**Przeciwwskazania do wykonania zabiegu akupunktury:**

* problemy z krzepliwością krwi,
* ogólne oraz miejscowe choroby krążeniowe takie jak np. żylaki, owrzodzenia, zakrzepica,
* ewentualne niezdiagnozowane złamania,
* wszelkie zmiany skórne
* infekcje,
* gorączka,
* obrzęki limfatyczne,
* zbyt duży ból towarzyszący terapii,
* ogólne osłabienie organizmu.

**Ryzyko i możliwe powikłania po zabiegu akupunktury**:

* zakażenie,
* odma opłucnowa,
* siniaki,
* podrażnienie nerwu,
* bolesność nakłuwanego miejsca, utrzymująca się do kilku dni po zabiegu,
* podrażnienie narządu.

**Oświadczam, że:**

Zostałem/łam poinformowany/a o metodyce i celu wykonania zabiegu.

Miałem/łam możliwość zadawania pytań, a odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) zostały udzielone mi w sposób zrozumiały.

Potwierdzam, że przyjąłem/am do wiadomości i zrozumiałem/am powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez fizjoterapeutę, w tym w szczególności na temat ryzyka i możliwych powikłań.

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

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

 data i czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta