

Δήλωση Συναίνεσης για Βελονισμό

Ενημερωμένη δήλωση συναίνεσης για θεραπείες βελονισμού και παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Πληροφορίες Θεραπείας

Ποιος είναι ο κύριος λόγος που ζητάτε βελονισμό; *

Θεραπείες Ενδιαφέροντος

☐ Βελονισμός Σώματος

☐ Βελονισμός Αυτιού

☐ Ηλεκτροβελονισμός

☐ Μοξιβούστιο

☐ Κούπινγκ

☐ Gua Sha

☐ Συμβουλευτική Φυτικής Ιατρικής

☐ Tui Na (Κινεζικό Μασάζ)

Έχετε λάβει βελονισμό στο παρελθόν; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Ιατρικό Screening

Είστε σχεδόν έγκυος ή προσπαθείτε να κάνετε; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε διαταραχή αιμοκοάγουλωσης ή παίρνετε αντιπηκτικά; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε βηματοδότη ή εμφυτευμένη ηλεκτρική συσκευή; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε φόβο από βελόνες ή ιστορικό λιποθυμιών; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα ακόλουθα;

☐ Διαταραχή κρίσεων

☐ Ενεργές δερματικές λοιμώξεις

☐ Ανοσοκατασταλμένος

☐ Διαβήτης

☐ Καρκίνος (ενεργή θεραπεία)

☐ Κανένα από τα παραπάνω

Τρέχοντα Φάρμακα & Συμπληρώματα

Κίνδυνοι & Πληροφορίες

Σχετικά με τον Βελονισμό:

Ο βελονισμός περιλαμβάνει την εισαγωγή λεπτών, αποστειρωμένων, μίας χρήσης βελονών σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Βασίζεται στις αρχές της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής.

Δυνητικοί Κίνδυνοι:

- Ελαφρή αιμορραγία ή μώλωπες στα σημεία βελόνας (συνηθισμένο)
- Προσωρινή δυσφορία ή αίσθηση τσούξιματος
- Ζάλη ή λιποθυμία (σπάνιο, πιο συνηθισμένο στην πρώτη συνεδρία)
- Κόπωση ή συναισθηματική αποφόρτιση μετά τη θεραπεία
- Πνευμοθώρακας (εξαιρετικά σπάνιο — με συγκεκριμένα σημεία στο θώρακα/πλάτη)
- Λοίμωξη (εξαιρετικά σπάνιο με στείρα τεχνική)
- Προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων πριν από τη βελτίωση

Τι Περιμένετε:

- Οι βελόνες διατηρούνται συνήθως για 20-40 λεπτά
- Μπορεί να νιώσετε μια θαμπή ώθηση, βαρύτητα ή αίσθηση τσούξιματος (αίσθηση Qi)
- Οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκουν τη θεραπεία βαθιά χαλαρωτική
- Φορέστε χαλαρά, άνετα ρούχα

Έχω ενημερωθεί για τη φύση, τους κινδύνους και τα οφέλη του βελονισμού. Κατανοώ ότι τα αποτελέσματα δεν είναι εγγυημένα.

Κατανοώ τους κινδύνους του βελονισμού: _____

Σημειώσεις Θεραπείας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Σημείο	Μέθοδος	Διάρκεια
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				
Καταχώρηση 7				
Καταχώρηση 8				

Δήλωση Συναίνεσης & Υπογραφή

Συμφωνώ στον βελονισμό και τις συμπληρωματικές θεραπείες που περιγράφονται παραπάνω. Έχω αποκαλύψει όλες τις καταστάσεις υγείας μου και κατανοώ τους κινδύνους και τα οφέλη. Απαλλάσσω τον επαγγελματία από ευθύνη.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.