

Formularz Zgody na Akupunkturę

Świadoma zgoda na zabiegi akupunktury i tradycyjnej medycyny chińskiej

Informacje o Kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres Email *

Numer Telefonu *

Data Urodzenia *

DD / MM / RRRR

Informacje o Zabiegu

Jaki jest główny powód, dla którego szukasz akupunktury? *

Zainteresowane Zabiegi

☐ Akupunktura Ciała

☐ Akupunktura Uszna

☐ Elektroakupunktura

☐ Moksybustja

☐ Bańki

☐ Gua Sha

☐ Konsultacja z Medycyny Ziołowej

☐ Tui Na (Chiński Masaż)

Czy otrzymywałeś akupunkturę wcześniej? *

☐ Tak ☐ Nie

Screening Zdrowotny

Czy jesteś obecnie w ciąży lub starasz się zajść w ciążę? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz zaburzenie krwawienia lub zażywasz rozcieńczacze krwi? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz stymulator serca lub wszczepione urządzenie elektryczne? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy boisz się igieł lub miałeś historię omdleń? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz którykolwiek z poniższych warunków?

☐ Zaburzenie padaczki

☐ Aktywne infekcje skóry

☐ Osłabiony układ odpornościowy

☐ Cukrzyca

☐ Rak (aktywne leczenie)

☐ Żaden z wymienionych powyżej

Bieżące Leki i Suplementy

Ryzyko i Informacje

O Akupunkturze:

Akupunktura polega na wkłuciu cienkich, sterylnych, jednorazowych igieł w określone punkty na ciele. Opiera się na zasadach tradycyjnej medycyny chińskiej.

Potencjalne Ryzyka:

- Niewielkie krwawienie lub siniakami w miejscach wkłucia (częste)
- Czasowa czułość lub mrowienie
- Omdlenie lub zawroty głowy (rzadkie, częstsze w pierwszej sesji)
- Zmęczenie lub uwalnianie emocji po zabiegu
- Odma samoistna (niezwykle rzadka – przy określonych punktach na klatce piersiowej/plecach)
- Infekcja (niezwykle rzadka przy użyciu techniki sterylnej)
- Czasowe pogorszenie objawów przed poprawą

Co Się Spodziewać:

- Igły są zazwyczaj utrzymywane przez 20-40 minut
- Możesz odczuwać tępy ból, ciężkość lub mrowienie (odczucie Qi)
- Większość pacjentów uważa zabiegi za głęboką relaksację
- Noś luźne, wygodne ubrania

Zostałem poinformowany o charakterze, ryzykach i korzyściach akupunktury. Rozumiem, że wyniki nie są gwarantowane.

Rozumiem ryzyko związane z akupunkturą: _____

Notatki z Zabiegu

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Punkt	Metoda	Czas Trwania
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				
Wpis 7				
Wpis 8				

Zgoda i Podpis

Wyrażam zgodę na akupunkturę i wszelkie terapie pomocnicze opisane powyżej. Ujawniłem wszystkie warunki zdrowotne i rozumiem ryzyko i korzyści. Zwalniam praktykanta z odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i udzielam świadomej zgody.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.