

Ενημερωμένη Συγκατάθεση για Χειροπρακτική Φροντίδα

Φόρμα συγκατάθεσης που εξηγεί τη φύση, τους κινδύνους και τα οφέλη της χειροπρακτικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής διαχείρισης της σπονδυλικής στήλης

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Φύση της Χειροπρακτικής Θεραπείας

Επισκόπηση της Χειροπρακτικής Φροντίδας:

Η χειροπρακτική φροντίδα περιλαμβάνει τη διάγνωση και θεραπεία της μυοσκελετικής παθολογίας, κυρίως μέσω της χειρονακτικής προσαρμογής και χειρισμού της σπονδυλικής στήλης και άλλων αρθρώσεων. Το σχέδιο θεραπείας σας μπορεί να περιλαμβάνει:

- Προσαρμογές σπονδυλικής στήλης (χειρονακτικές ή με βοήθεια οργάνων)
- Κινητοποίηση αρθρώσεων και θεραπεία μαλακών ιστών
- Θεραπευτικές ασκήσεις και τέντωμα
- Ηλεκτρική διέγερση, υπερήχους ή ψυχρή λεθεραπευτική ακτίνες λείζερ
- Συμβουλές για τρόπο ζωής και εργονομία

Ο στόχος της χειροπρακτικής φροντίδας είναι να επαναφέρει τη σωστή ευθυγράμμιση και λειτουργία, να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει την συνολική ποιότητα ζωής σας.

Κίνδυνοι και Οφέλη

Πιθανά Οφέλη:

- Ανακούφιση από τον πόνο και βελτιωμένη κινητικότητα
- Μειωμένη φλεγμονή
- Βελτιωμένη στάση του σώματος και ευθυγράμμιση σπονδυλικής στήλης
- Ενισχυμένη λειτουργία του νευρικού συστήματος
- Μειωμένη εξάρτηση από αναλγητικά

Πιθανοί Κίνδυνοι της Χειρουργικής Διαχείρισης της Σπονδυλικής Στήλης:

Αν και οι χειροπρακτικές προσαρμογές είναι γενικά πολύ ασφαλείς, ορισμένοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν:

- Προσωρινή ευαισθησία ή δυσφορία στην περιοχή που υφέρθηκε θεραπεία (πιο συνηθισμένο)
- Πονοκέφαλος ή κόπωση μετά τη θεραπεία
- Επιδείνωση της υπάρχουσας κατάστασης (προσωρινή)
- Μυϊκό σπασμό ή τέντωμα
- Κάταγμα πλευράς (σπάνιο, πιο πιθανό με οστεοπόρωση)
- Εξόγκωση δίσκου ή επιδείνωση της υπάρχουσας κατάστασης δίσκου (σπάνιο)
- Εγκεφαλικό επεισόδιο ή διάσχιση σπονδυλικής αρτηρίας μετά τον χειρισμό του σαγιτταλίου (αυχένas) — αυτό είναι εξαιρετικά σπάνιο (εκτιμάται στο 1 στα 1-5 εκατομμύρια προσαρμογές) αλλά μπορεί να είναι σοβαρό

Εναλλακτικές Λύσεις στη Χειροπρακτική Φροντίδα:

- Φάρμακα χωρίς ταμπλέτα ή με ταμπλέτα
- Φυσική θεραπεία
- Θεραπεία μασάζ
- Χειρουργική παρέμβαση
- Καμία θεραπεία (με δυνατότητα επιδείνωσης της κατάστασης)

Αναγνωρίζω ότι ενημερώθηκα για τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη της χειροπρακτικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του σπάνιου αλλά σοβαρού κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου που σχετίζεται με τον χειρισμό του σαγιτταλίου.

Καταλαβαίνω τους κινδύνους και τα οφέλη που περιγράφονται παραπάνω: _____

Κατανοώ τους πρόσθετους κινδύνους που σχετίζονται ειδικά με τον χειρισμό της σπονδυλικής στήλης του σαγιτταλίου και συμφωνώ να λάβω αυτή τη θεραπεία εάν ο χειροπράκτης μου κρίνει ότι είναι κατάλληλη για την κατάστασή μου.

Συμφωνώ ειδικά με τις προσαρμογές του σαγιτταλίου (αυχένas): _____

Δικαιώματα του Ασθενή

Τα Δικαιώματά Σας ως Ασθενή:

1. Έχετε το δικαίωμα να κάνετε ερωτήσεις σχετικά με οποιαδήποτε προτεινόμενη θεραπεία ανά πάσα στιγμή.
2. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε ή να διακόψετε οποιαδήποτε θεραπεία ανά πάσα στιγμή.
3. Έχετε το δικαίωμα να λάβετε δεύτερη γνώμη.
4. Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε τα προσόντα του παρόχου θεραπείας σας.
5. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τροποποίηση του σχεδίου θεραπείας σας.
6. Έχετε το δικαίωμα στην απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών υγείας σας.

Επιβεβαιώνω ότι κατανοώ τα δικαιώματά μου ως ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να αρνηθώ ή να διακόψω τη θεραπεία ανά πάσα στιγμή.

Αναγνωρίζω τα δικαιώματά μου όπως περιγράφονται παραπάνω: _____

Συγκατάθεση και Υπογραφή

Υπογράφοντας παρακάτω, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει αυτή τη φόρμα ενημερωμένης συγκατάθεσης στο σύνολό της. Κατανοώ τη φύση της χειροπρακτικής φροντίδας, τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη, και τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις. Έχω την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και έχω λάβει ικανοποιητικές απαντήσεις. Συγκατατίθεμαι εθελοντικά να λάβω χειροπρακτική φροντίδα όπως συνιστάται από τον χειροπράκτη μου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συγκατάθεση.

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.