

脊椎指压治疗知情同意书

解释脊椎指压治疗的性质、风险和益处的同意书，包括脊椎操纵

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

脊椎指压治疗的性质

脊椎指压治疗概述：

脊椎指压治疗涉及对肌肉骨骼疾病的诊断和治疗，主要通过手动调整和脊椎及其他关节的操纵进行。您的治疗计划可能包括：

- 脊椎调整（手动或器械辅助）
- 关节松动和软组织疗法
- 治疗性运动和拉伸
- 电刺激、超声波或冷激光疗法
- 生活方式和人体工程学建议

脊椎指压治疗的目标是恢复适当的对齐和功能、减轻疼痛并改善您的整体生活质量。

风险与益处

潜在益处：

- 缓解疼痛并改善活动能力
- 减少炎症
- 改善姿态和脊椎对齐
- 增强神经系统功能
- 减少对止痛药的依赖

脊椎操纵的潜在风险：

虽然脊椎指压调整通常非常安全，但某些风险包括：

- 暂时性酸痛或不适感（最常见）
- 头痛或治疗后疲劳
- 现有病情恶化（暂时性）
- 肌肉痉挛或拉伤
- 肋骨骨折（罕见，骨质疏松症患者风险更高）
- 椎间盘突出或现有椎间盘病情恶化（罕见）
- 中风或椎动脉夹层于颈椎操纵后（颈部）— 这极其罕见（估计为百万次调整中的1-5次），但可能很严重

脊椎指压治疗的替代方案：

- 非处方或处方药物
- 物理治疗
- 按摩疗法
- 手术干预
- 不进行治疗（病情可能恶化的风险）

我确认已被告知脊椎指压治疗的潜在风险和益处，包括与颈椎操纵相关的罕见但严重的中风风险。

我理解上述风险
和益处： _____

我理解特别与颈椎操纵相关的额外风险，并同意在我的脊椎指压医生认为适合我的病情时接受此治疗。

我特别同意进行颈椎（
颈部）调整： _____

患者权利

作为患者的您的权利：

1. 您有权随时就任何建议的治疗提出问题。
2. 您有权随时拒绝或停止任何治疗。
3. 您有权寻求第二意见。
4. 您有权了解您的治疗提供者的资格。
5. 您有权要求修改您的治疗计划。
6. 您有权获得隐私和健康信息的保密。

我确认理解作为患者的权利，包括随时拒绝或停止治疗的权利。

我确认上述
权利： _____

同意和签署

通过下方签署，我确认已完整阅读本知情同意书。我理解脊椎指压治疗的性质、潜在的风险和益处以及可用的替代方案。我有机会提出问题并获得满意的答复。我自愿同意接受脊椎指压医生建议的脊椎指压治疗。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上
述信息： _____

签署

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。