

Συναίνεση Θεραπείας Cupping & Gua Sha

Ενημερωμένη συναίνεση για θεραπείες cupping και Gua Sha με προσδοκίες για μώλωπες

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Θεραπείας

Ζητούμενη(ες) Θεραπεία(ες) *

☐ Ξηρό Cupping (σταθερό)

☐ Ολισθαίνον / Massage Cupping

☐ Fire Cupping

☐ Gua Sha

Περιοχές Θεραπείας *

☐ Άνω Ράχη / Ώμοι

☐ Κάτω Ράχη

☐ Λαιμός

☐ Πόδια

☐ Χέρια

☐ Πρόσωπο (απαλό cupping/Gua Sha)

Λόγος Θεραπείας *

Έλεγχος Υγείας

Είστε τρέχοντως έγκυος; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε αντιπηκτικά φάρμακα; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε κάποια από τα παρακάτω στην περιοχή θεραπείας;

☐ Ηλιακό έγκαυμα

☐ Ανοικτές πληγές ή σπασμένο δέρμα

☐ Ενεργή δερματική λοίμωξη ή εξάνθημα

☐ Κιρσώδεις φλέβες

☐ Κανένα από τα παραπάνω

Έχετε διαταραχή αιμορραγίας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Κίνδυνοι & Προσδοκίες

Σημαντικό — Μώλωπες Αναμένονται:

Το Cupping και το Gua Sha δημιουργούν σκόπιμα σημάδια στο δέρμα. Αυτό είναι ένα κανονικό μέρος της θεραπείας.

Τι Να Περιμένετε:

- Σημάδια cupping εμφανίζονται ως κυκλικές αποχρωματίσεις από ανοικτό ροζ έως σκούρο ιώδες
- Σημάδια Gua Sha εμφανίζονται ως κόκκινες, ραβδωτές πετέχιες (μικρές κουκκίδες)
- Τα σημάδια διαρκούν συνήθως 3-10 ημέρες ανάλογα με το άτομο και το επίπεδο αναρρόφησης
- Τα σκοτεινότερα σημάδια δείχνουν περισσότερη στασιμότητα/τάση στην περιοχή
- Τα σημάδια ΔΕΔΝ είναι τραυματισμοί — είναι μια θεραπευτική αντίδραση

Πιθανοί Κίνδυνοι:

- Μώλωπες και αποχρωματισμός δέρματος (αναμενόμενα)
- Ελαφρύς discomfort κατά τη θεραπεία
- Φυσαλίδες (σπάνια, εάν η αναρρόφηση είναι πολύ δυνατή)
- Ζάλη
- Εγκαύματα (σπάνια, με fire cupping)
- Προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων

Περιποίηση μετά τη Θεραπεία:

- Κρατήστε τις περιοχές cupping καλυμμένες και ζεστές για 24 ώρες
- Πάρτε πολλά νερά μετά τη θεραπεία
- Αποφύγετε την ψυχρή έκθεση, το κολύμπι και την έντονη άσκηση για 24 ώρες
- Μην κάνετε cupping στην ίδια περιοχή μέχρι να εξαφανιστούν πλήρως τα σημάδια

Κατανοώ ότι το cupping και το Gua Sha θα αφήσουν ορατά σημάδια (μώλωπες, αποχρωματισμό) που είναι ένα κανονικό μέρος της θεραπείας και θα εξαφανιστούν σε 3-10 ημέρες.

Κατανοώ ότι το cupping/Gua Sha θα αφήσει ορατά σημάδια: _____

Έχω ενημερωθεί για τους κινδύνους και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της θεραπείας cupping/Gua Sha.

Κατανοώ τους κινδύνους που περιγράφονται παραπάνω: _____

Σημειώσεις Θεραπείας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Τύπος Cup	Διάρκεια
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συμφωνώ στη θεραπεία cupping και/ή Gua Sha όπως περιγράφεται. Κατανοώ ότι τα ορατά σημάδια είναι αναμενόμενα και όχι τραυματισμός. Έχω αποκαλύψει όλες τις καταστάσεις υγείας και απελευθερώνω τον θεραπευτή από την ευθύνη.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη μου συναίνεση.

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.