

Згода на терапію банками та Gua Sha

Інформована згода на терапію банками та процедури Gua Sha з очікуванням синців

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Електронна адреса *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі лікування

Запитувані процедури *

☐ Сухі банки (нерухомі)

☐ Ковзні банки / масаж банками

☐ Вогняні банки

☐ Gua Sha

Ділянки лікування *

☐ Верхня спина / плечі

☐ Нижня спина

☐ Шия

☐ Ноги

☐ Руки

☐ Обличчя (м'які банки/Gua Sha)

Причина лікування *

Медичний скринінг

Ви наразі вагітні? *

☐ Так ☐ Ні

Ви приймаєте антикоагулянти? *

☐ Так ☐ Ні

У вас є одне з наступного на ділянці лікування?

☐ Сонячний опік

☐ Відкриті рани або пошкоджена шкіра

☐ Активна шкірна інфекція або висип

☐ Варикозне розширення вен

☐ Жодне з наведених

У вас є порушення згортання крові? *

☐ Так ☐ Ні

Ризики та очікування

Важливо — Синці очікуються:

Банки та Gua Sha навмисне залишають сліди на шкірі. Це нормальна частина лікування.

Чого очікувати:

- Сліди від банок з'являються як кругові забарвлення від світло-рожевого до темно-фіолетового кольору
- Сліди від Gua Sha з'являються як червоні, смугасті петехії (дрібні крапки)
- Сліди зазвичай тривають 3-10 днів залежно від індивідуальних особливостей та сили вакууму
- Темніші сліди вказують на більше застою/напруження в ділянці
- Сліди — це НЕ травми, а терапевтичної відповіді організму

Потенційні ризики:

- Синці та дисколорація шкіри (очікувано)
- Легкий дискомфорт під час процедури
- Утворення пухирців (рідко, при занадто сильному вакуумі)
- Запаморочення
- Опіки (рідко, при вогняних банках)
- Тимчасове погіршення симптомів

Післяопераційний догляд:

- Утримуйте ділянки банок закритими та теплими протягом 24 годин
- Пийте багато води після лікування
- Уникайте холодного повітря, плавання та інтенсивних вправ протягом 24 годин
- Не застосовуйте банки на той самій ділянці, доки сліди повністю не зникнуть

Я розумію, що банки та Gua Sha залишать видимі сліди (синці, забарвлення), які є нормальною частиною лікування та зникнуть за 3-10 днів.

Я розумію, що банки/Gua Sha залишать видимі сліди: _____

Мене ознайомили з ризиками та очікуваними ефектами терапії банками/Gua Sha.

Я розумію ризики, описані вище: _____

Нотатки про лікування

Тільки для службового використання

	Дата	Ділянка	Вид банок	Тривалість
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я даю згоду на терапію банками та/або Гуа Ша, як описано. Я розумію, що видимі сліди очікуються та не є травмою. Я розкрив усі свої медичні умови та звільняю практикуючого від відповідальності.

Я підтверджую, що прочитав і розумію вищенаведену інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав і розумію вищенаведену інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем. Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.