

IV Terapi / Vitaminní Infúze - Souhlas

Informovaný souhlas pro IV vitaminové infúze, terapii hydratace a výživové infúze

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová Adresa *

Telefonní Číslo *

Datum Narození *

DD / MM / YYYY

Podrobnosti Infúze

Požadovaná Infúze *

- | | |
|--|---|
| ☐ Hydratace (Fyziologický roztok / Ringerův roztok) | ☐ Infúze Vitaminu C |
| ☐ Myers Cocktail (Vitamíny B, C, Hořčík, Vápník) | ☐ Infúze NAD+ |
| ☐ Glutathion (Zesvětlení Pokožky) | ☐ Posílení Imunity (Zinek, Vitamin C, B12) |
| ☐ Sportovní Regenerace | ☐ Regenerace z Kocoviny |
| ☐ Vlastní Směs | |

Přídavné Služby (Pokud je Vhodné)

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| ☐ Injekce B12 | ☐ Biotin | ☐ Zofran (Proti Nevlnosti) |
| ☐ Toradol (Protizánětlivé) | ☐ Žádné | |

Zdravotní Screening

Jste v současné době těhotná nebo kojící? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte onemocnění ledvin nebo jste na dialýze? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte selhání srdce? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte nějaké známé alergie na vitamíny, doplňky stravy nebo IV kontrastní látku? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, prosím popište

Máte něco z následujícího?

- | | |
|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Vysoký Krevní Tlak |
| ☐ Nedostatek G6PD | ☐ Hemochromatóza (Přetížení Železem) |
| ☐ Nic z Výše Uvedeného | |

Rizika a Informace

Potenciální Rizika IV Terapie:

- Bolest, modřiny nebo otěka v místě infúze
- Infiltrace (únos tekutiny do okolních tkání)
- Flebitida (zánět žíly)
- Alergická reakce na součásti infúze
- Infekce v místě injekce (vzácně)
- Vzduchová embolie (velmi vzácně)
- Přetížení tekutinou u vnímavých osob
- Nerovnováha elektrolytů
- Závratě nebo nevolnost během infúze

Důležité: IV terapie není náhradou za lékařské léčení. Výsledky se liší podle jednotlivce.

Byl(a) jsem informován(a) o potenciálních rizicích a přínosech IV terapie. Rozumím, že se jedná o volitelnou wellness službu.

Rozumím rizikům IV terapie: _____

Záznam Služby

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Součást	Dávka	Rychlost
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a Podpis

Souhlasím s IV terapií popsanou výše. Zveřejnil(a) jsem veškeré relevantní zdravotnické informace a rozumím rizikům a přínosům. Rozumím, že se jedná o volitelnou wellness službu a nikoli náhradu za lékařské léčení.

Potvrzuji, že jsem přečetl(a) a rozumím výše uvedeným informacím a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl(a) jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.