

IV-Therapie- / Vitamin-Infusionszustimmung

Informierte Zustimmung für IV-Vitamin-Infusionen, Hydratationstherapie und Nährstoffinfusionen

Clienteninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Infusionsdetails

Angeforderte Infusion *

- ☐ Hydration (Kochsalzlösung / Ringerlösung)
- ☐ Myers Cocktail (B-Vitamine, C, Magnesium, Calcium)
- ☐ Glutathion (Hautaufhellung)
- ☐ Athletische Regeneration
- ☐ Benutzerdefinierte Mischung

- ☐ Vitamin-C-Infusion
- ☐ NAD+-Infusion
- ☐ Immunbooster (Zink, Vitamin C, B12)
- ☐ Katerregenerationsprogramm

Zusätze (falls zutreffend)

- ☐ B12-Injektion
- ☐ Biotin
- ☐ Zofran (Anti-Übelkeit)
- ☐ Toradol (entzündungshemmend)
- ☐ Keine

Gesundheitsscreening

Bist du derzeit schwanger oder stillst? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Hast du eine Nierenerkrankung oder befindest du dich in Dialyse? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Hast du Herzinsuffizienz? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Hast du bekannte Allergien gegen Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel oder IV-Kontrastmittel? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja, bitte beschreiben

Hast du einen der folgenden Zustände?

- | | |
|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ G6PD-Mangel | ☐ Hämochromatose (Eisenüberladung) |
| ☐ Keine der oben genannten | |

Risiken und Informationen

Potenzielle Risiken der IV-Therapie:

- Schmerzen, Blutergüsse oder Schwellungen an der Einstichstelle
- Infiltration (Flüssigkeitsleck in umgebendes Gewebe)
- Phlebitis (Venenentzündung)
- Allergische Reaktion auf Infusionsbestandteile
- Infektion an der Injektionsstelle (selten)
- Luftembolie (äußerst selten)
- Flüssigkeitsüberlastung bei empfindlichen Personen
- Elektrolytungleichgewicht
- Schwindel oder Übelkeit während der Infusion

Wichtig: IV-Therapie ist kein Ersatz für medizinische Behandlung. Die Ergebnisse variieren je nach Person.

Ich wurde über die möglichen Risiken und Vorteile der IV-Therapie informiert. Ich verstehe, dass es sich um einen optionalen Wellnessservice handelt.

Ich verstehe die Risiken der IV-Therapie: _____

Serviceprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Komponente	Dosis	Rate
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Zustimmung und Unterschrift

Ich stimme der oben beschriebenen IV-Therapie zu. Ich habe alle relevanten Gesundheitsinformationen offengelegt und verstehe die Risiken und Vorteile. Ich verstehe, dass es sich um einen optionalen Wellnessservice handelt und keinen Ersatz für medizinische Behandlung darstellt.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung gebe.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.
Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.