

Συναίνεση IV Θεραπείας / Βιταμινικής Έγχυσης

Ενημερωμένη συναίνεση για ενδοφλέβιες βιταμινικές σταγόνες, θεραπεία ενυδάτωσης και θρεπτικές έγχυσεις

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Έγχυσης

Ζητούμενη Έγχυση *

- ☐ Ενυδάτωση (Φυσιολογικός Ορός / Ορός Ringer με Γαλακτικό Οξύ)
- ☐ Έγχυση Βιταμίνης C
- ☐ Κοκτέιλ Myers (Βιταμίνες B, C, Μαγνήσιο, Ασβέστιο)
- ☐ Έγχυση NAD+
- ☐ Γλουταθειόνη (Φωτεινότητα Δέρματος)
- ☐ Ενίσχυση Ανοσοποίησης (Ψευδάργυρος, Βιταμίνη C, B12)
- ☐ Αθλητική Ανάρρωση
- ☐ Ανάρρωση από Αλκοόλ
- ☐ Προσαρμοσμένο Μείγμα

Προσθήκες (εάν ισχύει)

- ☐ Ένεση B12
- ☐ Βιοτίνη
- ☐ Zofran (Κατά της Ναυτίας)
- ☐ Toradol (Αντιφλεγμονώδες)
- ☐ Κανένα

Έλεγχος Υγείας

Είστε τώρα έγκυος ή θηλάζετε; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Έχετε νεφρική νόσο ή κάνετε αιμοκάθαρση; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Έχετε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Έχετε γνωστές αλλεργίες σε βιταμίνες, συμπληρώματα ή αντίθετο σκιαγραφικό IV; *

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Εάν ναι, παρακαλώ περιγράψτε

Έχετε κάποια από τα παρακάτω;

- | | |
|---|---|
| ☐ Διαβήτης | ☐ Υψηλή Αρτηριακή Πίεση |
| ☐ Έλλειμμα G6PD | ☐ Αιμοχρωματώωση (Υπερφόρτωση Σιδήρου) |
| ☐ Κανένα από τα παραπάνω | |

Κίνδυνοι & Πληροφορίες

Πιθανοί Κίνδυνοι της IV Θεραπείας:

- Πόνος, μώλωπες ή οίδημα στο σημείο IV
- Διήθηση (διαρροή υγρού σε περιβάλλοντους ιστούς)
- Φλεβίτιδα (φλεγμονή της φλέβας)
- Αλλεργική αντίδραση στα συστατικά της έγχυσης
- Λοίμωξη στο σημείο της ένεσης (σπάνια)
- Αερικός θρόμβος (εξαιρετικά σπάνια)
- Υπερφόρτωση υγρού σε ευάλωτα άτομα
- Ανισορροπία ηλεκτρολυτών
- Ζάλη ή ναυτία κατά την έγχυση

Σημαντικό: Η IV θεραπεία δεν αντικαθιστά την ιατρική θεραπεία. Τα αποτελέσματα διαφέρουν ανά άτομο.

Έχω ενημερωθεί σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και οφέλη της IV θεραπείας. Κατανοώ ότι πρόκειται για μια προαιρετική υπηρεσία wellness.

Κατανοώ τους κινδύνους της IV θεραπείας: _____

Ημερολόγιο Υπηρεσίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Συστατικό	Δόση	Ρυθμός
Καταχώρηση 1				
Καταχώρηση 2				
Καταχώρηση 3				
Καταχώρηση 4				
Καταχώρηση 5				
Καταχώρηση 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ στη IV θεραπεία που περιγράφεται παραπάνω. Έχω δηλώσει όλες τις σχετικές πληροφορίες υγείας και κατανοώ τους κινδύνους και τα οφέλη. Κατανοώ ότι πρόκειται για μια προαιρετική υπηρεσία wellness και όχι αντικαταστάτη της ιατρικής θεραπείας.

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.