

IV थेरेपी / वटामनि जलसेक सहमति

IV वटामनि ड्रिप, जलयोजन थेरेपी और पोषक तत्व जलसेक के लिए सूचित सहमति

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

जलसेक विवरण

अनुरोधित जलसेक *

- | | |
|--|---|
| ☐ जलयोजन (सामान्य खारा / लैक्टेटेड रजिर्स) | ☐ वटामनि सी जलसेक |
| ☐ मायर्स कॉकटेल (बी वटामनि, सी, मैग्नीशियम, कैल्शियम) | ☐ NAD+ जलसेक |
| ☐ ग्लूटाथिओन (त्वचा उज्ज्वल करने वाला) | ☐ प्रतिरक्षा बूस्ट (जकि, वटामनि सी, B12) |
| ☐ एथलेटिक रिकवरी | ☐ हैंगओवर रिकवरी |
| ☐ कस्टम मिश्रण | |

ऐड-ऑन (यदिलगू हो)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| ☐ B12 इंजेक्शन | ☐ बायोटिन | ☐ ज़ोफ़्रान (एंटी-मतली) |
| ☐ टोराडोल (एंटी-इंफ्लेमेटरी) | ☐ कोई नहीं | |

स्वास्थ्य जांच

क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं या स्तनपान कर रही हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको गुर्दे की बीमारी है या आप डायलिसिस पर हैं? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको कंजैस्टिव हार्ट फेलियर है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको वटामनि, सप्लीमेंट या IV कंट्रास्ट से कोई ज्ञात एलर्जी है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, कृपया वर्णन करें

क्या आपके पास नमिनलखिति में से कोई है?

- ☐ मधुमेह
 ☐ उच्च रक्तचाप
 ☐ G6PD की कमी
- ☐ हीमोक्रोमैटोसिस (लोहा अधभार)
 ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं

जोखमि और जानकारी

IV थेरेपी के संभावित जोखमि:

- IV साइट पर दर्द, चोट या सूजन
- घुसपैठ (आसपास के ऊतकों में तरल पदार्थ का रसिाव)
- फ्लेबिटिस (शरि की सूजन)
- जलसेक घटकों के लिए एलर्जिक प्रतिक्रिया
- इंजेक्शन साइट पर संक्रमण (दुर्लभ)
- एयर एम्बोलजिम (अत्यंत दुर्लभ)
- संवेदनशील व्यक्तियों में तरल अधभार
- इलेक्ट्रोलाइट असंतुलन
- जलसेक के दौरान चक्कर आना या मतली

महत्वपूर्ण: IV थेरेपी चिकित्सा उपचार का विकल्प नहीं है। परणाम व्यक्तिद्वारा भिन्न होते हैं।

मुझे IV थेरेपी के संभावित जोखमिों और लाभों के बारे में सूचित किया गया है। मैं समझता हूँ कि यह एक वैकल्पिक wellness सेवा है।

मैं IV थेरेपी के जोखमिों को समझता हूँ: _____

सेवा लॉग

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	घटक	खुराक	दर
प्रवर्षिट 1				
प्रवर्षिट 2				
प्रवर्षिट 3				
प्रवर्षिट 4				
प्रवर्षिट 5				
प्रवर्षिट 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं ऊपर वर्णित IV थेरेपी के लिए सहमति देता हूँ। मैंने सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा किया है और जोखमिों और लाभों को समझता हूँ। मैं समझता हूँ कि यह एक वैकल्पिक wellness सेवा है और चिकित्सा उपचार का विकल्प नहीं है।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ी और समझी है: _____

हस्ताक्षर

दनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुल्क योजना उपलब्ध है। केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।