

IV치료 / 비타민 수액 동의서

IV 비타민 주입, 수액 치료 및 영양 주입에 대한 정보 제공 동의서

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

주입 상세 정보

요청한 주입 *

- | | |
|--|---|
| ☐ 수액 보충 (생리식염수 / 유산염 링거액) | ☐ 비타민 C 주입 |
| ☐ 마이어스 캅테일 (B 비타민, C, 마그네슘, 칼슘) | ☐ NAD+ 주입 |
| ☐ 글루타치온 (피부 미백) | ☐ 면역력 부스트 (아연, 비타민 C, B12) |
| ☐ 운동 회복 | ☐ 숙취 회복 |
| ☐ 맞춤형 혼합액 | |

추가 항목 (해당하는 경우)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ B12 주사 | ☐ 비오틴 | ☐ 조프란 (구역질 방지) |
| ☐ 토라돌 (소염제) | ☐ 없음 | |

건강 선별 검사

현재 임신 중이거나 모유 수유 중입니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

신장 질환이 있거나 투석 중입니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

울혈성 심부전이 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

비타민, 보조제 또는 IV 조영제에 대한 알려진 알레르기가 있습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 설명해주세요

다음 중 해당하는 것이 있습니까?

- ☐ 당뇨병
 ☐ 고혈압
 ☐ G6PD 결핍
- ☐ 혈색소침착증 (철분 과다)
 ☐ 위의 항목 중 없음

위험 및 정보

IV 치료의 잠재적 위험:

- IV 부위의 통증, 멍 또는 부종
- 침윤 (주변 조직으로의 액체 누출)
- 정맥염 (정맥 염증)
- 주입 성분에 대한 알레르기 반응
- 주입 부위의 감염 (드물게)
- 공기 색전증 (매우 드물게)
- 민감한 개인의 액체 과부하
- 전해질 불균형
- 주입 중 어지러움 또는 구역질

중요: IV 치료는 의료 치료의 대체물이 아닙니다. 결과는 개인에 따라 다릅니다.

IV 치료의 잠재적 위험 및 이점에 대해 알고 있습니다. 이것은 선택적 웰니스 서비스임을 이해합니다.

IV 치료의 위험을
이해합니다:

서비스 기록

사무실 용도만

	날짜	성분	용량	속도
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

위에 설명된 IV 치료에 동의합니다. 모든 관련 건강 정보를 공개했으며 위험 및 이점을 이해합니다. 이것은 선택적 웰니스 서비스이며 의료 치료의 대체물이 아님을 이해합니다.

위의 정보를 읽고 이해했음을 확인하며 정보에 입각한 동의를 제공합니다.

위의 정보를 읽고
이해했습니다:

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공됩니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.