

Zgoda na terapię IV / Infuzje witaminowe

Świadoma zgoda na kroplówki witaminowe, terapię nawadniającą i infuzje składników odżywczych

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły infuzji

Żądana infuzja *

- ☐ Nawodnienie (roztwór soli fizjologicznej / roztwór Ringera)
- ☐ Infuzja witaminy C
- ☐ Myers Cocktail (witaminy B, C, magnez, wapń)
- ☐ Infuzja NAD+
- ☐ Glutation (rozjaśnianie skóry)
- ☐ Wzmocnienie odporności (cynk, witamina C, B12)
- ☐ Regeneracja dla sportowców
- ☐ Regeneracja po imprezie
- ☐ Mieszanka niestandardowa

Dodatki (jeśli dotyczy)

- ☐ Zastrzyk B12
- ☐ Biotyna
- ☐ Zofran (przeciw nudnościom)
- ☐ Toradol (przeciwzapalny)
- ☐ Brak

Badanie zdrowia

Czy jesteś obecnie w ciąży lub karmiąc piersią? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy masz chorobę nerek lub przechodzisz dializę? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy masz zastoinową niewydolność serca? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Czy masz jakiegokolwiek znane alergię na witaminy, suplementy lub kontrast do procedur IV? *

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Jeśli tak, proszę opisz

Czy masz któryś z następujących warunków?

- | | |
|---|--|
| ☐ Cukrzyca | ☐ Wysokie ciśnienie krwi |
| ☐ Niedobór G6PD | ☐ Hemochromatoza (nadmiar żelaza) |
| ☐ Żaden z powyższych | |

Ryzyka i informacje

Potencjalne ryzyka terapii IV:

- Ból, siniaki lub obrzęk w miejscu zabiegu IV
- Infiltracja (wyciek płynu do otaczających tkanek)
- Zapalenie żyły
- Reakcja alergiczna na składniki infuzji
- Infekcja w miejscu iniekcji (rzadko)
- Embolizm powietrzny (niezwykle rzadko)
- Przeciążenie płynami u osób podatnych
- Zaburzenia równowagi elektrolitów
- Zawroty głowy lub nudności podczas infuzji

Ważne: Terapię IV nie jest substytutem leczenia medycznego. Wyniki różnią się u poszczególnych osób.

Zostałem/am poinformowany/a o potencjalnych ryzykach i korzyściach terapii IV. Rozumiem, że jest to usługa wellnessowa na zasadzie dobrowolności.

Rozumiem ryzyka związane z terapią IV: _____

Dziennik usług

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Składnik	Dawka	Szybkość
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na terapię IV opisaną powyżej. Ujawniłem/am wszystkie istotne informacje zdrowotne i rozumiem ryzyka i korzyści. Rozumiem, że jest to usługa wellnessowa na zasadzie dobrowolności i nie stanowi substytutu leczenia medycznego.

Potwierdzam, że przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje i daję moją świadomą zgodę.

Przeczytałem/am i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.