

IV-terapi / Vitamin-infusionssamtycke

Informerat samtycke för IV-vitamininfusioner, vätskeersättningsbehandling och näringsbärande infusioner

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Infusionsdetaljer

Önskad infusion *

- ☐ Vätskeersättning (Normal saltlösning / Ringers lactat)
- ☐ Vitamin C-infusion
- ☐ Myers Cocktail (B-vitaminer, C, magnesium, kalcium)
- ☐ NAD+-infusion
- ☐ Glutathion (huduppljusning)
- ☐ Immunförstärkning (zink, vitamin C, B12)
- ☐ Atletisk återhämtning
- ☐ Återhämtning efter fylleri
- ☐ Anpassad blandning

Tillägg (om tillämpligt)

- ☐ B12-injektion
- ☐ Biotin
- ☐ Zofran (mot illamående)
- ☐ Toradol (inflammationshämmande)
- ☐ Inget

Hälsokontroll

Är du för närvarande gravid eller ammar? *

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Har du njursjukdom eller är du på dialys? *

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Har du hjärtsvikt? *

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Har du några kända allergier mot vitaminer, kosttillskott eller IV-kontrastmedel? *

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, vänligen beskriv

Har du någon av följande?

- | | |
|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Högt blodtryck |
| ☐ G6PD-brist | ☐ Hemokromatos (järnöverbelastning) |
| ☐ Ingen av ovanstående | |

Risker och information

Potentiella risker med IV-terapi:

- Smärta, blåmärken eller svullnad på IV-stället
- Infiltration (vätska läcker ut i omgivande vävnad)
- Flebit (venöst inflammation)
- Allergisk reaktion på infusionskomponenter
- Infektion på injektionsstället (sällsynt)
- Luftembolism (extremt sällsynt)
- Vätskeöverbelastning hos mottagliga individer
- Elektrolytisk obalans
- Yrsel eller illamående under infusion

Viktigt: IV-terapi är inte en ersättning för medicinsk behandling. Resultaten varierar från individ till individ.

Jag har underrättats om de potentiella riskerna och fördelarna med IV-terapi. Jag förstår att detta är en frivillig hälso- och väl-måendetjänst.

Jag förstår riskerna med IV-terapi: _____

Tjänstlogg

Endast för kontorsbruk

	Datum	Komponent	Dos	Hastighet
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker till IV-terapi enligt beskrivningen ovan. Jag har avslöjat all relevant hälsoinformation och förstår riskerna och fördelarna. Jag förstår att detta är en frivillig hälso- och väl-måendetjänst och inte en ersättning för medicinsk behandling.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.