

静脉注射疗法/维生素输液同意书

针对静脉维生素输液、补水疗法和营养输液的知情同意书

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮箱 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

输液详情

申请的输液 *

- | | |
|--|---|
| ☐ 补水（生理盐水/乳酸盐林格液） | ☐ 维生素C输液 |
| ☐ 迈尔斯鸡尾酒（B族维生素、C、镁、钙） | ☐ NAD+输液 |
| ☐ 谷胱甘肽（亮肤） | ☐ 免疫增强（锌、维生素C、B12） |
| ☐ 运动恢复 | ☐ 宿醉恢复 |
| ☐ 定制混合液 | |

附加项（如适用）

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ B12注射 | ☐ 生物素 | ☐ 昨日（止吐） |
| ☐ 托拉多（消炎） | ☐ 无 | |

健康筛查

您目前是否怀孕或哺乳？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否患有肾病或正在透析？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否患有充血性心力衰竭？ *

- ☐ 是 ☐ 否

您是否对维生素、补充剂或静脉造影剂有已知过敏？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如是，请描述

您是否有以下任何情况？

- ☐ 糖尿病
- ☐ 高血压
- ☐ G6PD缺乏症
- ☐ 血色病（铁过载）
- ☐ 以上都没有

风险和信息

静脉输液治疗的潜在风险：

- 输液部位疼痛、瘀伤或肿胀
- 浸润（液体泄漏到周围组织）
- 静脉炎（血管炎症）
- 对输液成分的过敏反应
- 注射部位感染（罕见）
- 空气栓塞（极其罕见）
- 易感人群液体过载
- 电解质失衡
- 输液期间头晕或恶心

重要说明：静脉输液治疗不是医学治疗的替代品。结果因人而异。

我已被告知静脉输液治疗的潜在风险和益处。我理解这是一项可选的健康服务。

我了解静脉输液治疗的风险: _____

服务记录
仅供办公室使用

	日期	成分	剂量	速率
条目 1				
条目 2				
条目 3				
条目 4				
条目 5				
条目 6				

同意和签名

我同意上述静脉输液治疗。我已披露所有相关健康信息，并理解其风险和益处。我理解这是一项可选的健康服务，不是医学治疗的替代品。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息: _____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。