.........................................................

Imię i nazwisko

........................................................

Adres

........................................................

PESEL

........................................................

Telefon

INFORMACJA DLA PACJENTA

Szanowni Państwo, w trosce o Wasze bezpieczeństwo proszę uprzejmie o zapoznanie się z poniższymi informacjami.

Poniższy formularz został wykonany w oparciu o Szwajcarskie wytyczne odnośnie bezpiecznego prowadzenia Igłoterapii Suchej Punktów Spustowych (Wersja 1.4 / 7 sierpnia 2012).

**Przeciwwskazania do stosowania Suchej Igłoterapii obejmują:**

1) Ostre infekcje układowe przebiegające z gorączką, lub bez gorączki;

2) Rozrzedzenie krwi i zaburzenia krzepliwości. (wartość INR przewyższa 1,5).

3) Zaburzenia czucia.

4) Obrzęk limfatyczny oraz stan po usunięciu węzłów chłonnych

5) U pacjentów, u których występuje podwyższone ryzyko wystąpienia infekcji np. u pacjentów z immunosupresją

6) Zmiany skórne.

7) Guzy.

8) Krwiaki.

9) Protezy.

10) Implanty.

11) Rozrusznik serca (dotyczy śródmięśniowej elektrostymulacji (IMES)).

12) Ciąża.

13) Choroby zakaźne przenoszone poprzez kontakt z krwią

14) Alergie na materiały stosowane podczas igłoterapii suchej (szczególnie nikiel)

15) Epilepsja

16) Ciężkie choroby płuc.

**Częste i normalne reakcje występujące po zastosowaniu igłoterapii suchej:**

• Niewielkie krwiaki

• Dolegliwości o charakterze zakwasów w obrębie mięśni, na których prowadzona była terapia.

**Możliwe komplikacje po zastosowaniu suchej igłoterapii:**

1) odma opłucnowa

2) zranienia narządów wewnętrznych

3) zranienia nerwów

4) krwawienia

 Oświadczam iż zapoznałem się z przeciwwskazaniami do suchej igłoterapii i możliwymi komplikacjami do jej zastosowaniu oraz, że poddaję się terapii suchego igłowania na własne ryzyko.

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych.

 ................................................................................

 Data i podpis pacjenta