

# INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

## A) POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY:

### Klinika impedančnej terapie s. r. o.

so sídlom Karpatská 3256/15, Poprad 058 01

IČO: 51338459

zapísaná v: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sro, vložka č. 126148/B

e-mail: kitklinika@gmail.com

Prevádzka: Šancová 110, 831 04 Bratislava - Neurologické a fyzioterapeutické SVALZ-y

## B) PACIENT:

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Rodné číslo (/dátum narodenia, pokiaľ nebolo pridelené): \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_

## C) ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA/OPATROVNÍK PACIENTA:

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_

Vzťah k pacientovi: \_\_\_\_\_

## D) INFORMÁCIE O POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE:

### Označenie zdravotnej služby:

## MERANIE VODIVOSTI (IMPEDANCIE) KOŽNÉHO POVRCHU PACIENTA

(ďalej „Zdravotná služba“)

### Účel, povaha a predpokladaný prínos Zdravotnej služby:

- Zdravotná služba je prípravný analytický združený medicínsky nelekársky výkon, ktorý sa vykonáva z diferenciálne diagnostických dôvodov s použitím zdravotných a regeneračných prostriedkov a následnej neoddeliteľnej manuálnej terapie zdravotníckym pracovníkom, a to za účelom potvrdenia alebo vylúčenia chorobných procesov v periférnom nervovom systéme pacienta na základe degeneratívnych zmien chrbtice a z nich vznikajúcich bolestí. Súčasťou tejto služby je opakované objektívne vyšetrenie pacienta na lôžku zdravotníckym pracovníkom. Výsledok tejto služby, v kontexte realizovaných vyšetrení magnetickou rezonanciou a vyšetrení krvi, poskytovateľ Zdravotných služieb vyhodnotí v medicínskej správe, v ktorej bude pacient na základe objektívnych výsledkov vyšetrení zaradený do rehabilitačno-liečebného plánu alebo do rehabilitačného plánu elektrofyziologickej potenciálovej terapie. Cieľom je získať objektívne informácie o akceptovaní organizmu pri vplyve zdravotných a regeneračných prostriedkov, s ktorými sa bude pacient stretávať či v rehabilitačno-liečebnom pláne alebo v rehabilitačnom pláne elektrofyziologickej potenciálovej terapie. To je zároveň prínosom tejto Zdravotnej služby.

- Zdravotná služba sa vykonáva s použitím Biolampy Biopton ako svetelnej terapie, TDP lampy ako tepelnej terapie, ktoré sú aplikované podľa výsledkov objektívneho vyšetrenia pacienta zdravotníckym pracovníkom a aplikácie elektrických impulzov, ktoré sú vysielané prostredníctvom elektród priložených na telo pacienta. Elektródy aplikované na povrch organizmu sú vždy umiestnené zrkadlovo z pohľadu pravej a ľavej strany organizmu podľa definovanej schémy na základe objektívneho vyšetrenia pacienta, s cieľom regenerovať organizmus pacienta. Elektródy sa nikdy neaplikujú na organizmus na jedno miesto, sú rozmiestnené rovnomerne na tele pacienta, dominantne v týchto lokalitách - ramenný pletenec, sedacie svaly a stehenné svaly - podľa 5 regeneračných aplikačných schém. Elektrický impulz má skladbu svalového stimulu, ktorý môže spôsobiť v mieste aplikácie mierne brnenie alebo aj malé šklbanie v svalu. Občasným vnemom pri aplikácii svalového impulzu je pocit mierneho štipania až ťahania na miestach kde sú aplikované elektródy. Počas aplikácie zdravotnej služby prebieha analýza odpovedí - reakcií pacienta, ktorú poskytovateľ Zdravotnej služby vyhodnocuje. Služba sa opakuje približne 3 krát až 5 krát v odôvodnených prípadoch aj viac krát, maximálne 8 krát, všetko je závislé od objektívneho stavu pacienta v akom k nám prichádza.
- Neoddeliteľnou súčasťou Zdravotnej služby je nelekársky výkon terapia suchou ihlou vykonávaný akupunktúrnymi ihlami na vopred definované miesta a svetelná terapia červeným laserom o výkone 5mW. Pri aplikácii ihliel dochádza k prepichnutiu kože, pričom v týchto miestach ihly zostávajú po celú dobu terapie suchou ihlou.
- Zdravotnú službu nie je možné vykonať, ak je pacient alergický na chirurgickú oceľ. Prekážkou vykonania Zdravotnej služby tiež môžu byť kožná infekcia, poranenie pacienta, amputácia končatiny v mieste aplikácie elektródy alebo ochlpenie pacienta, ktoré znemožnia kontakt elektródy alebo ihly s kožou pacienta.

#### **Predpokladané dôsledky Zdravotnej služby:**

- S poskytnutím Zdravotnej služby nie sú spojené žiadne predpokladané dôsledky majúce vplyv na zdravotný stav pacienta.

#### **Možné riziká spojené so Zdravotnou službou:**

- Nakoľko pri aplikácii stimulácie nastavujeme len senzitivnu úroveň, vyskytujú sa občasne len pocity väčšieho brnenia až mierneho štipania len u citlivejších osôb. Silnejší bolestivý podnet môže vzniknúť pri prvých aplikáciách terapie suchou ihlou, na základe ktorého zvolíme aplikačné schémy menšieho rozsahu, v prípade ak pacient netoleruje terapiu suchou ihlou, je potrebné vyhodnotiť neaplikovanie terapie suchou ihlou na základe objektívnych vyšetrení.
- Výskyt začervenania na mieste kde pôsobila Biolampa alebo TDP lampa môže pretrvávať aj niekoľko hodín po ukončení Zdravotnej služby. Pri všetkých týchto reakciách je možné pozorovať výraznú individuálnu variabilitu.
- Vzácnne sa môže objaviť podráždenie kože aj po niekoľkých minútach po ukončení aplikácie v mieste kontaktu kože s elektródou alebo ihlou, ktoré sú z chirurgickej ocele.

#### **Informácia, či existuje iná alternatíva či viacerých alternatív, okrem navrhutej Zdravotnej služby, ich vhodnosti, prínosov a rizík pre pacienta a poučenie o možnosti voľby:**

- Alternatívy Zdravotnej služby nie sú.

#### **Informácia o možnom obmedzení v spôsobe života po poskytnutí Zdravotnej služby a súvisiace odporúčania:**

- Po vykonaní Zdravotnej služby nie je pacient akokoľvek obmedzený v spôsobe života.

#### **Informácia o liečebnom režime, preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, prípadne o potrebe poskytnutia ďalších zdravotných služieb:**

- Po vykonaní Zdravotnej služby nie je vyžadovaná hospitalizácia pacienta ani dodržiavanie liečebného režimu alebo preventívnych opatrení zo strany pacienta.

#### E) PREHLÁSENIE PACIENTA:

- prosíme o zaškrtnutie príslušného poľa podľa toho, či súhlasíte alebo nie
- v prípade, že súhlas udeľuje zákonný zástupca/opatrovník pacienta, vzťahujú sa tieto vyhlásenia k zdravotnému stavu pacienta

Ja, pacient (zákonný zástupca/opatrovník), **prehlasujem, že:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. som bol zo strany zdravotníckeho pracovníka <b>zrozumiteľným spôsobom v dostatočnom rozsahu informovaný o mojom zdravotnom stave a o navrhnutom individuálnom liečebnom postupe a všetkých jeho zmenách</b> , keď mi boli oznámené informácie o: <ul style="list-style-type: none"><li>• príčine a pôvode mojej choroby, pokiaľ sú známe, jej štádiu a predpokladanom vývoji,</li><li>• Zdravotnej službe v rozsahu uvedenom v tomto informovanom súhlase;</li></ul>  | <b>ÁNO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> |
| 2. mi zdravotnícky pracovník osobne vysvetlil všetko, čo je obsahom tohto záznamu o informovanom súhlase a zároveň som: <ul style="list-style-type: none"><li>• bol <b>poučený</b> o mojom práve slobodne sa rozhodnúť, či s navrhnutou Zdravotnou službou a postupe pri jej poskytovaní súhlasím alebo nie,</li><li>• mohol <b>klásť zdravotníckemu pracovníkovi doplňujúce otázky</b> týkajúce sa môjho zdravotného stavu a navrhovanej Zdravotnej služby a všetky moje otázky, ak som ich vzniesol, mi boli riadne, úplne a zrozumiteľne zodpovedané, pričom <b>všetkým podaným informáciám som porozumel a nemám žiadne ďalšie otázky;</b></li></ul> | <b>ÁNO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> |
| 3. som bol poučený o tom, že mám právo udelený súhlas odvolať, ale že odvolanie súhlasu nie je účinné, ak je už vykonávaná Zdravotná služba a jej prerušenie by mohlo spôsobiť vážne poškodenie môjho zdravia alebo ohrozenie môjho života (v prípade, že tento súhlas udeľuje zákonný zástupca/opatrovník pacienta, môže udelený súhlas odvolať, len ak to je v najlepšom záujme pacienta);   | <b>ÁNO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> |
| 4. som zdravotníckemu pracovníkovi <b>oznámil všetky mne známe údaje o mojom zdravotnom stave;</b>   | <b>ÁNO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> |
| 5. som bol informovaný o možnosti: <ul style="list-style-type: none"><li>• vzdať sa podania informácie o mojom zdravotnom stave, ktoré zahŕňa tiež informácie o navrhnutom individuálnom liečebnom postupe a všetkých jeho zmenách, resp. o možnosti určiť osoby, ktoré budú o tomto informované namiesto mňa,</li><li>• určiť osoby, ktoré majú byť informované o mojom zdravotnom stave, a súčasne určiť, či tieto osoby môžu nazeráť do zdravotnej dokumentácie vedenej o mojej osobe a robiť z nej výpisy, odpisy alebo kópie.</li></ul>   | <b>ÁNO</b><br><input type="checkbox"/> | <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> |

---

Po osobnom rozhovore so zdravotníckym pracovníkom a po vlastnej slobodnej úvahe súhlasím s poskytnutím Zdravotnej služby. Vyhlasujem, že tento súhlas udeľujem na základe mojej slobodnej a vážnej vôle, tj. bez akéhokoľvek nátlaku, a v stave, kedy som schopný to urobiť.

Dátum: \_\_\_\_\_

---

Podpis pacienta

---

Podpis zákonného zástupcu/opatrovníka

**Ja, zdravotnícky pracovník, vyhlasujem, že som pacienta (a zákonného zástupcu/opatrovníka) informoval o všetkých skutočnostiach v súvislosti s poskytnutím Zdravotnej služby pacientovi v rozsahu vyššie uvedenom.**

**Meno zdravotníckeho pracovníka:** \_\_\_\_\_

**Podpis zdravotníckeho pracovníka:** \_\_\_\_\_

---

*Bude vyplnené v prípade, že je pacient spôsobilý na udelenie informovaného súhlasu, ale nemôže sa s ohľadom na svoj zdravotný stav podpísať.*

*Pacient sa nemôže podpísať z týchto dôvodov (napr. nevidomý pacient, úraz):*

---

---

Pacient súhlas prejavil takto:

---

Svedok (meno, priezvisko, príp. menovka, podpis):

---

---