

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 nie je 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:

IMPEDANČNÁ TERAPIA – ELEKTROFYZIOLOGICKÁ POTENCIÁLOVÁ TERAPIA

(ďalej „Zdravotná služba“)

Účel, povaha a predpokladaný prínos Zdravotnej služby:

- Zdravotná služba je združený medicínsky nelekársky výkon, ktorý sa vykonáva z terapeutických dôvodov s použitím zdravotných a regeneračných prostriedkov a následnej neoddeliteľnej manuálnej terapie zdravotníckym pracovníkom, a to za účelom liečby degeneratívneho ochorenia chrbtice pacienta a s tým súvisiacich bolestí chrbta alebo iných častí tela pacienta. To je zároveň prínosom tejto Zdravotnej služby.
- Zdravotná služba sa vykonáva s použitím Biolampy Bioptron 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 štruktúru špecifického elektrického stimulu (SEI), ktorý spôsobuje v mieste aplikácie brnenie a malé škľabanie v svalu. Častým vnemom pri aplikácii stimulácie je pocit mikromasáže tkaniva (prejav relaxácie tkaniva) na miestach kde sú aplikované elektródy. Počas aplikácie zdravotnej služby prebieha analýza odpovedí - reakcii pacienta, ktorú poskytovateľ Zdravotnej služby vyhodnocuje.

- Neoddeliteľnou súčasťou Zdravotnej služby je nelekársky výkon terapie suchou ihlou vykonávaný akupunktúrnymi ihlami na vopred definované miesta a svetelná terapia červeným laserom o výkone 5mW. Pri aplikácii ihlých 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:

- Pri opakovanej pravidelnej aplikácii Zdravotnej služby, na základe dlhodobého rehabilitačného plánu stanoveného v medicínskej správe, dochádza k regenerácii organizmu pacienta, na základe čoho dochádza k objektívnym zmenám v tele pacienta. To sa okrem iného prejavuje nárastom objemu medzistavcových platničiek pacienta, ktorý je zo strany poskytovateľa Zdravotnej služby pravidelne monitorovaný. Meranie objemu medzistavcových platničiek sa vykonáva na základe dát z vyšetrení magnetickou rezonanciou podľa definovaného protokolu vyšetrenia v termínoch stanovených poskytovateľom. Dokázaná zmena objemu medzistavcovej platničky na základe 3D vizualizácie programom InVesalius, jej nárast, je dôkazom ozdravenia medzistavcových platničiek postihnutých degeneratívnym ochorením.
- Na základe vplyvu tejto Zdravotnej služby tiež dochádza k zníženiu hladiny krvného laktátu kapilárnej krvi v pokoji, čo je prospešné pre zdravotný stav pacienta.
- Evidované zmeny pri aplikácii Zdravotnej služby s objektívnym fyzioterapeutickým vyšetrením pacienta dávajú poskytovateľovi Zdravotnej služby informácie o zmenách organizmu pacienta.

Možné riziká spojené so Zdravotnou službou:

- U citlivejších pacientov môže Zdravotná služba vyvolať nepríjemný pocit svrbenia v individuálnych prípadoch až pocit štipania miernej intenzity a/alebo začervenanie na mieste kde pôsobila Biolampa alebo TDP lampa, ktoré môže pretrvávajúť aj niekoľko hodín po ukončení Zdravotnej služby. Pri všetkých týchto reakciách je možné pozorovať výraznú individuálnu variabilitu.
- Silnejší bolestivý podnet môže vzniknúť pri aplikáciách terapie suchou ihlou, na základe ktorého zvolíme aplikačné schémy menšieho rozsahu. Je potrebné dodať, že postupne sa senzitivita na terapiu suchou ihlou mení a bolestivý podnet je skôr občasný než pravidelný. Ak pacient netoleruje terapiu suchou ihlou, tak je potrebné prehodnotiť dĺžku rehabilitačného plánu, pričom je štandardné, že sa predlžuje dĺžka starostlivosti v terapeutickom bloku o cca 35-40%.
- Vzácne sa môže objaviť podráždenie kože v mieste kontaktu kože s elektródou alebo ihlou, ktoré sú z chirurgickej ocele.

Informácia, či existuje iná alternatíva či viacero 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. Po aplikácii Zdravotnej služby môže byť pacient príjemne unavený, pričom pocit únavy prechádza približne po 10 minútach od ukončenia. Občasne sa môže vyskytnúť výraznejší pocit smädu, čo kompenzujeme po ukončení služby pohárom nesýtenej alebo sýtenej vody.

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 zrozumiteľným spôsobom v dostatočnom rozsahu informovaný o mojom zdravotnom stave a o navrhnutom individuálnom liečebnom postupe a všetkých jeho zmenách , keď mi boli oznámené informácie o: <ul style="list-style-type: none">• príčine a pôvode mojej choroby, pokiaľ sú známe, jej štádiu a predpokladanom vývoji,• Zdravotnej službe v rozsahu uvedenom v tomto informovanom súhlase; | ÁNO
<input type="checkbox"/> | NIE
<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">• bol poučený o mojom práve slobodne sa rozhodnúť, či s navrhnutou Zdravotnou službou a postupe pri jej poskytovaní súhlasím alebo nie,• mohol klásť zdravotníckemu pracovníkovi doplňujúce otázky 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 všetkým podaným informáciám som porozumel a nemám žiadne ďalšie otázky; | ÁNO
<input type="checkbox"/> | NIE
<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 (<i>v prípade, že tento súhlas udeľuje zákonný zástupca/opatrovník pacienta, môže udelený súhlas odvolať, len ak to je v najlepšom záujme pacienta</i>); | ÁNO
<input type="checkbox"/> | NIE
<input type="checkbox"/> |
| 4. som zdravotníckemu pracovníkovi oznámil všetky mne známe údaje o mojom zdravotnom stave; | ÁNO
<input type="checkbox"/> | NIE
<input type="checkbox"/> |
| 5. som bol informovaný o možnosti: <ul style="list-style-type: none">• 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,• 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. | ÁNO
<input type="checkbox"/> | NIE
<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*):
