

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 medicínsky nelekársky výkon, ktorý sa vykonáva z dôvodov diagnostických, a to za účelom potvrdenia alebo vylúčenia chorobných procesov v periférnom nervovom systéme pacienta na základe degeneratívnych zmien chrbtice a z nich vznikajúcich bolestí. Na základe toho poskytovateľ Zdravotných služieb vyhodnotí, či bude pacientovi poskytnutá liečba s impedančnou terapiou alebo bez impedančnej terapie. To je zároveň prínosom tejto Zdravotnej služby.
- Zdravotná služba sa vykonáva s použitím generátora elektrických impulzov, ktoré sú vysielané prostredníctvom elektród priložených na telo pacienta. Elektrický impulz má skladbu svalového stimulu, ktorý môže spôsobiť v mieste aplikácie mierne brnenie alebo aj malé šklbanie v svaloch. Počas stimulácie pacienta prebieha okamžitá analýza odpovede organizmu na aplikovaný stimul generátora, ktorý poskytovateľ Zdravotnej služby vyhodnocuje v podobe odporovej/vodivostnej/impedančnej krivky. Tento postup sa v rámci Zdravotnej služby opakuje približne 3 krát až 5 krát.
- Neoddeliteľnou súčasťou Zdravotnej služby je terapia suchou ihlou vykonávaná akupunktúrnymi ihlami na definované miesta podľa impedančného grafu a svetelná terapia laserovou sondou. 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 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:

- U citlivejších pacientov môže Zdravotná služba vyvolať silnejší bolestivý podnet, a to najmä pri meraní vodivosti a terapie suchou ihlou, výnimočne potom aj pri svetelnej terapii.
- Vzácne 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.

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 dodržiavania liečebného režimu alebo preventívnych opatrení zo strany pacienta.
-

E) PREHLÁSENIE PACIENTA:

- prosíme o zaškrtnutie príslušného pol'a 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: | ÁNO <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| <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; | | |
| 2. mi zdravotnícky pracovník osobne vysvetlil všetko, čo je obsahom tohto záznamu o informovanom súhlase a zároveň som: | ÁNO <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| <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; | | |

- | | | | |
|----|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 3. | jsem 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); | 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 nazerať 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):
