

## FIZIOTERÁPIÁS KEZELÉS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő)  
kijelentem, hogy ..... (a beavatkozást végző  
neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név,  
.....szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi  
beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

### FIZIOTERÁPIÁS KEZELÉS

#### 1. A kezelés célja:

A fizioterápia konzervatív kezelési módszer, amelyet mozgásszervi-, belgyógyászati-, neurológiai-, és egyéb betegségek megelőzésére, gyógyítására és rehabilitációjára alkalmazunk.

#### 2. A kezelés menete, technikája:

A fizioterápiás kezeléseket orvos rendeli el, a Fizioterápia és Gyógytorna szakdolgozói (gyógytornász, gyógymasszőr, fizioterápiás asszisztens) végzik előre egyeztetett időpontban. Gyakran a különböző fizioterápiás kezeléseket együtt, kúraszerűen alkalmazunk, így azok egymásra épülve fejtik ki hatásukat. A beteg részéről a javulás érdekében aktív részvétel szükséges.

A **gyógytorna** pontos klinikai vizsgálat alapján összeállított terápiás célú mozgásgyakorlatokból és a fizioterápia eszköztárából a gyógytornász által választott technikákból áll. A kezelés során különböző tornaszereket, rugalmas ellenállásokat, súlyokat használunk. Egyéni vagy csoportos kezelések zajlanak a beteg állapotától függően.

A vízalatti torna a gyógyvizes medencében történő mozgást jelenti, amely gyakorlatait gyógytornász állítja össze a víz fizikai hatásai, illetve a beteg aktuális állapota alapján. A vízi tornához úszni tudás nem szükséges.

Az **elektroterápia** során a beteg szervezetébe terápiás cézzattal elektromos áramot juttatunk. Az elektromos energiát mesterségesen előállítva és a kezelésnek megfelelően átalakítva alkalmazunk. Elektródák adják át az elektromos áramot az emberi szöveteknek. Az elektróda és a bőr közé köztes anyagot helyezünk. Az áram intenzitását a beteg szubjektív áramtűró képességének megfelelően állítjuk be.

Amennyiben a páciens két egymást követő alkalommal nem jelenik meg az előjegyzett időpontban és arról nem értesíti osztályunkat, akkor az adott időpontot más betegnek ajánljuk fel.

**Telefon: 06-94-592-560**

#### 3. A kezelés esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

A természeti energiákkal való kezelésnek elhanyagolható esetben lépnek fel mellékhatásai vagy szövődményei, ezek tapasztalataink alapján: fáradékonyság, vérnyomás emelkedés, esetleges szédülés, hányinger, átmeneti fájdalom fokozódás, allergiás reakció, bőrpír. Ha mindezeket, vagy bármely más elváltozást észlel, kérjük jelezze a kezelő személyzetnek.

#### 4. Fizioterápiás kezelés elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

A várható klinikai javulás elmaradása, állapot rosszabbodás.

**5. Más kezelési lehetőségekről, alternatívákról:**

A beteg állapotától és az alapbetegségtől függően gyógyszeres és/vagy műtéti megoldás.

**6. A kezeléssel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

A betegek részére a kezelés időtartamára zárható szekrényt biztosítunk értékeik elhelyezésére.

## NONINVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül.

Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

- Tudomásul veszem a kezelések zavartalan működése érdekében a megbeszélte előjegyzési időpontokat, mivel a kezelés nem érkezési sorrendben történik;
- Jelen egészségi állapotomban bármely változás áll be (láz, heveny gyulladás, sérülés azonnal közlöm a kezelő személyzettel);
- A kezelőszemélyzetet tájékoztatom, ha bárminemű fémtárgy: protézis, lemez, csavar (pacemaker) helyeztek el a testemben;

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, gyógytornász hallgatók, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

***beleegyezem és kérem \****

***nem egyezem bele és nem kérem \****

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Körmend, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
beavatkozást végző aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.