

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT - A FIZIOTERÁPIÁS KEZELÉSEKHEZ**

Alulírott.....  
név ..... szül. idő ..... TAJ szám .....

Telefonszám:.....

A kezelésem megkezdésem előtt tájékoztatom a kezelést végző asszisztenst az alábbiakról:

- A kezelendő testrész alatt fém ( pacemaker, protézis, csavar, drót) található
- Gyógyszer allergiámról: .....
- Terhességről, Menstruációról
- Magas vérnyomásomról (kezelt magas vérnyomás esetén is)
- Cukorbetegségemről
- Vérhígító szedéséről (pl.:Aszpirin Protect):.....
- Főbb műtéteimről, belső szervei betegségeimről:.....
- Fertőző betegségemről
- Daganatos betegségemről

Tudomásul veszem:

- Lázas állapot, és/vagy fertőző betegség esetén a kezelést nem vehetem igénybe
- Alkoholos befolyásoltság esetén a kezelést nem vehetem igénybe
- Hangulatjavító, kedélyállapot javító, antidepresszáns szerek a kezelés kimenetelét befolyásolják, így tájékoztatni kell a kezelést végző személyt ezek használatáról.
- Bármilyen panasz, vagy kellemetlenség esetén, tájékoztassa a kezelést végző személyt!
- Kezelésen kizárólag, ápoló, tiszta ruhában lehet megjelenni.

Előforduló mellékhatások:

- átmeneti fájdalomfokozódás, esetleg izomláz
- bőrpír
- érzékeny, száraz bőr esetén egyes áramkezelések hatására pontszerű égési sérülések fordulhatnak elő
- vákuumkezelésnél körkörös bőrpír, bevézés fordulhat elő a kezelendő testrész alatt, ez a kezelések végeztével magától elmúlik.

Bármilyen panasz, vagy kellemetlenség esetén, tájékoztassa a kezelést végző személyt!

A nyilatkozat tartalma a valóságnak megfelel, elfogadom és együttműködöm a kezelő személyzettel.

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

**Törökbálint,** .....

.....  
a kezelést végző személy aláírása

.....  
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása