

Ambulantní fyzioterapie- LASER INTELEKT MOBIL, v.č. TT 4686**Informovaný souhlas /pozitivní revezs/**

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo: Bydliště:

Plánovaný výkon (srozumitelnou terminologií):

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem, ošetřujícím personálem srozumitelně informován/a o mém zdravotním stavu a o důvodech, které vedou k výše uvedenému výkonu. Byl/a jsem též informován/a o způsobu provedení zákroku, možných rizicích a obvyklých či vyjímečných komplikacích tohoto výkonu. Byly mi podány informace o možnostech alternativního zákroku, o předpokládané délce léčby, rekonvalescence a o případných omezeních vyplývajících ze zákroku a rekonvalescence.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující otázky a moje dotazy byly zodpovězeny.
Prohlašuji, že jsem porozuměl/a vysvětlení výkonu, a na základě tohoto poučení **souhlasím**:

- s provedením výkonu v rozsahu, který ošetřující lékař uzná za vhodný a nezbytný,
- prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné mně osobně známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit okolí či personál nemocnice,
- prohlašuji, že jsem si tento dokument přečetl/a, textu jsem porozuměl/a a na důkaz toho jej podepisuji.

V Dačicích dne:

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce**Vyplní lékař:**

Prohlašuji, že jsem seznámil/a pacienta /zákonného zástupce pacienta/ se způsobem plánovaného výkonu, neinvazivním léčebným výkonem, který připadá v souvislosti s léčebným a diagnostickým postupem v úvahu. Současně jsem pacienta seznámil s možnými komplikacemi a riziky.

Jméno a příjmení lékaře:

V Dačicích dne:

.....
Podpis lékaře

I. Kontraindikace aplikace LASERu

Přímé ozáření: očí, endokrinních žláz /vaječníky, varlata, štítnice/, gravidní děloha
Závažné cévní onemocnění
Horečnaté stavy
Celková vyčerpanost organismu
Bolest neznámého původu
Zhoubná nádorová onemocnění, nebo potenciální prekancerózy
Epilepsie nebo jiná záchvatovitá onemocnění v předchorobí
Diagnosticky nejasné stavy
Krvácivé stavy /užívání léků proti srážlivosti krve – Warfarin
Albinismus
Probíhající chemoterapie
12) V místě aplikace kosmetické a léčivé přípravky (gely -např. Fastum gel)

II. Místo aplikace ošetřit před začátkem lihobenzinem nebo benzinem

Pro větší efekt možno použít eosin (červené barvivo)
Aplikaci provádět bezkontaktně

III. Nežádoucí účinky

Vyjímečně: zvýšená citlivost ozářeného místa
lehká nevolnost

IV. Obsluha i pacient musí mít při aplikaci ochranné brýle

V. Specifikaci procedury musí provádět lékař

Výkon sondy, ošetřovaná plocha v cm^2 , provoz ošetření – kontinuálně, pulzně
Energetická hustota – J/cm^2
(např. sedace 5Hz, stimulace 10 Hz, otoky 8 Hz)

S výše uvedenými skutečnostmi jsem byl/a seznámen/a

fyzioterapeutem /jméno a příjmení/ dne:

.....
Podpis fyzioterapeuta

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce