

TÁJÁKOZTATÓ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AKUPUNKTÚRÁS ÉS TÚSZÚRÁSSAL JÁRÓ KEZELÉSHEZ

Medical Healing Point Kft.

1024, Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 11/A

1. BEVEZETŐ – A DOKUMENTUM CÉLJA

Jelen dokumentum célja, hogy a 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 13–16. §-aiban foglaltak szerint rögzítse a páciens részére adott részletes, érthető tájékoztatást a tűszúrásos akupunktúrák kezelés és a kezelés részként vagy önálló kezelésként alkalmazott technikákról és tűszúrással járó egyéb injekciós kezelések jellegéről, lehetséges kockázatairól, ellenjavallatairól, korlátairól és alternatíváiról, valamint biztosítsa a kezeléshez szükséges, önkéntes, tájékozott beleegyezés írásos formában történő megadását.

A jelen nyilatkozat aláírásával a páciens hozzájárul ahhoz, hogy a szolgáltató által foglalkoztatott bármely, az akupunktúrák kezelése végzésére jogosult orvos az akupunktúra és ahhoz kapcsolódó kezelést elvégezze. A beleegyezés a páciens visszavonásáig hatályos; az ezt követő kezelések dokumentációja (időpont, kezelés, kezelő személye, megjegyzések) elektronikus rendszerben történik.

2. PÁCIENS ADATAI

Név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

Lakcím: _____

Telefonszám / e-mail: _____

TAJ-szám: _____

3. A PÁCIENS RÉSZÉRE ADOTT TÁJÉKOZTATÁS TARTALMA

Alulírott páciens kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően részletes, számomra érthető tájékoztatást kaptam az alábbiakról:

3.1. A tűszúrásos akupunktúra jellege és célja

A tűszúrásos akupunktúra a hagyományos kínai orvoslás elvein alapuló, invazív eljárás, amely során a test meghatározott pontjain steril, egyszer használatos tűk kerülnek alkalmazásra. A kezelés célja többek között a testi funkciók harmonizálása, fájdalomcsillapítás, az energetikai egyensúly helyreállítása és a szervezet regenerációs folyamataira gyakorolt kedvező hatás.

A kezelőorvos tájékoztatott arról, hogy a kezelés nem alkalmi jellegű, hanem egymásra épülő, terápiás szempontból felépített kezeléssorozatot igényel. A kezelés eredményessége és hatékonysága nagyban függ:

- a kezeléseket rendszerességétől,
- a kezelési terv és javasolt életmódbeli változtatások következetes betartásától,
- a szervezet egyéni reakciójától és regenerációs képességétől.

Megértettem, hogy a kezeléssorozat terápiás célú hatékonyságának fenntartásához általában heti legalább 3 alkalom, illetve a kezelőorvos által egyénileg meghatározott kezelési gyakoriság javasolt.

Tudomásul veszem, hogy az orvosi ajánlástól való eltérés csökkentheti a kezeléssorozat várható eredményét.

3.2. A kezelés során vagy önállóan alkalmazható kiegészítő eljárások

A kezelőorvos szakmai megítélése alapján a páciens ellátása érdekében — az akupunktúras kezeléssel együtt vagy attól függetlenül, önálló terápiaként — az alábbi eljárások alkalmazhatók:

- moxibuszción (hőterápia),
- köpölyözés,
- alternatív mozgás és masszázsterápia, manuálterápiás technikák,
- valamint tűszúrással járó injekciós kezelések, így különösen Milgamma injekció, GUNA injekció vagy B12-vitamin injekciós kúra.

Megértettem, hogy ezen eljárások nem kötelező részei az ellátásnak; alkalmazásuk az orvos szakmai döntése és terápiás javaslata alapján történik, akár akupunktúras kezeléssorozat részeként, akár attól teljesen független, önálló beavatkozásként. Az injekciós kezelések steril technikával, tűszúrással járó invazív orvosi beavatkozásként kerülnek elvégzésre.

4. A KEZELÉSEK LEHETSÉGES KOCKÁZATAI ÉS MELLÉKHATÁSAI

A kezelőorvos tájékoztattott a következő, előforduló vagy ritkábban jelentkező mellékhatásokról:

4.1. Akupunktúra általános mellékhatásai:

- helyi fájdalom, érzékenység, bőrpír,
- kisebb bevérzés, hematóma,
- átmeneti izomlázszerű érzés, feszülés,
- szédülés, gyengeségérzés, átmeneti rosszullét,
- átmeneti fáradékonyság az első néhány alkalomig
- ritkán: fertőzés, idegi irritáció, tűtörés,
- nagyon ritkán: *pneumothorax* (elsősorban mellkasi pontok kezelésekor).

4.2. Tűszúrással járó injekciós kezelések jellemző mellékhatásai

Az önállóan vagy akupunktúrával együtt alkalmazott injekciós kezelések (pl. Milgamma injekció, GUNA injekció, B12-vitamin kúra) tűszúrással járó invazív beavatkozások, amelyekhez az alábbi mellékhatások tartozhatnak:

- helyi fájdalom,
- bőrpír,
- duzzanat,
- bevérzés,
- ritkán fertőzés,
- ritkán allergiás reakció.

4.3. Tűszúrást nem igénylő kiegészítő eljárások (moxibuszción, köpölyözés, tibeti manuálterápiás technikák) jellemző mellékhatásai

Ezen eljárások nem invazívak, azonban az alábbi mellékhatások előfordulhatnak:

Moxibuszción esetén:

- bőrpír, melegségérzés,
- enyhe égési sérülés ritkán,
- füst okozta torok- vagy szemirritáció.

Köpölyözés esetén:

- erőteljes bőrpír, vákuum okozta bevérzés,
- átmeneti duzzanat vagy érzékenység,
- ritkán hólyagosodás.

Alternatív mozgás és masszázsterápia, manuálterápia esetén:

- izomérzékenység,
- átmeneti izomláz,
- feszülés,
- ritkán fejfájás.

4.4. Elhízott (adipózus) páciensekre vonatkozó speciális kockázatok akupunktúra kezelés esetén

Megértettem, hogy elhízás esetén – a zsírszövetrel kapcsolatos eltérések és az anyagcsere / keringési változások miatt – bizonyos reakciók nagyobb eséllyel fordulhatnak elő:

- mélyebb tűszúrás miatti fokozott szöveti mikrotrauma,
- nagyobb valószínűséggel kialakuló hematóma vagy kiterjedtebb bevérzés,
- lassabb kötőszöveti regeneráció,
- ritkán cellulitisz (bőr alatti szöveti gyulladás),
- lokális duzzanat vagy subcutan csomó megjelenése,
- fokozott érzékenység a szúrás helyén,
- többszöri kezelés esetén: a kötőszövet reakciójából adódó szöveti megvastagodás ritka előfordulása.

Megértettem, hogy ezek az állapotok nem jelentik a kezelés ellenjavallatát, de a kezelőorvos a kockázatokat mérlegeli és ennek megfelelően jár el.

4.5. Speciális betegcsoportok kockázatainak akupunktúra esetén

Tudomásul vettem, hogy bizonyos egészségi állapotok, gyógyszeresedés vagy életkori tényezők esetén a tűszúrásos akupunktúra mellékhatásai gyakoribban vagy kifejezettebben jelentkezhetnek. Ilyen fokozottan érintett csoportnak minősülhetnek különösen az alábbiak:

- véralvadást gátló terápiában részesülők vagy véralvadási zavarral élők,
- cukorbetegség (különösen rosszul beállított értékek esetén),
- autoimmun betegséggel élők,
- időskorú (70 év feletti) páciensek,
- nagyon sovány, kötőszövetileg gyenge testalkatú páciensek,
- tartós szteroidkezelés alatt állók,
- erős szorongással, pánikra való hajlammal élők,
- vészhelyzetben (anémiában) érintettek.

Ezen állapotok fennállása nem képezi a kezelés ellenjavallatát, azonban a mellékhatások előfordulása az átlagnál gyakoribb vagy kifejezettebb lehet, amelyeket a kezelőorvos a kezelési terv kialakításánál figyelembe vesz.

5. ELLENJAVALLATOK ÉS FOKOZOTT KOCKÁZATOT JELENTŐ ÁLLAPOTOK

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az alábbi állapotok fennállása esetén a kezelést nem, vagy csak fokozott elővigyázatossággal lehet elvégezni:

- véralvadási zavar, vérhígító kezelés,
- terhesség (meghatározott pontokon ellenjavallt lehet),
- pacemaker vagy beültetett eszköz,
- lázas, akut fertőző állapot,
- bőrbetegségek a kezelendő területen,
- epilepszia vagy más neurológiai állapot,
- kezeletlen súlyos pszichés állapotok.

6. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a kezelőorvos által feltett kérdésekre a valóságnak megfelelő tájékoztatást adtam:

- Vérhígító kezelés / véralvadási zavar
 - nincs van: _____
- Szívbetegség / pacemaker
 - nincs van: _____
- Terhesség
 - nem áll fenn fennáll, terhességi hét: _____
- Fertőző alapbetegségek
 - nincs van: _____
- Cukorbetegség
 - nincs van
- Epilepszia / neurológiai kórképek
 - nincs van: _____
- Bőrbetegség a kezelendő területen
 - nincs van: _____

Megértettem, hogy a valóságnak nem megfelelő tájékoztatás a kezelés kockázatát növelheti.

7. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott páciens kijelentem, hogy:

1. A jelen dokumentumban ismertetett tájékoztatást megkaptam, azt számomra érthető módon elmagyarázták, és annak tartalmát megértettem.
2. A javasolt kezelés jellegét, célját, a hozzá kapcsolódó lehetséges mellékhatásokat, kockázatokat és ellenjavallatokat ismerem, azokat tudomásul veszem.

3. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelőorvos terápiás megítélése alapján önálló kezelésként vagy akupunktúrás kezelés kiegészítéseként moxibuszciót, köpölyözést, alternatív mozgás és masszázsterápiás, manuálterápiás technikákat vagy tűszúrással járó injekciós kezelést (különösen Milgamma injekció, GUNA injekció vagy B12-vitamin injekciós kúra) alkalmazzon. Ezen eljárások tűszúrással járó, steril technikát igénylő invazív beavatkozások, amelyekhez tartozó általános és ritkább mellékhatások lehetőségét megértettem, és a kezelési terv elfogadásával azokat vállalom.

4. Tudomásul veszem, hogy a kezelést a szolgáltató által foglalkoztatott, a kezelésekre végzésére jogosult, engedéllyel rendelkező orvos végzi, és hozzájárulásom valamennyi ilyen orvosra kiterjed.

5. Tudomásul veszem, hogy a beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, azonban a kezeléssorozat megszakítása a terápia eredményére hatással lehet, és a már megkötött bérleti vagy fizetési megállapodásokból eredő kötelezettségeimet nem érinti. A beleegyezés visszavonása nem minősül a bérlet vagy a már igénybe vett szolgáltatások visszatérítési alapjának.

6. Vállalom, hogy a kezelőorvos utasításait minden alkalommal követem. A kezelésem szempontjából lényeges fizikai, mentális és egészségi állapotomról pontos és valós tájékoztatást adtam, és kötelezettséget vállalok arra, hogy a kezeléssorozat teljes időtartama alatt minden változást haladéktalanul jelzek kezelőorvosomnak és a számomra kijelölt Pácienskoordinátornak. A korábbi gyógyszer-, ételmiszer- vagy érzéstelenítővel kapcsolatos allergiákról, illetve bármely korábbi rendellenes reakcióról tájékoztattam a kezelőorvost.

7. Amennyiben bármely kezelés időpontjában más egészségügyi kezelés alatt állok, vagy olyan új egészségi probléma merül fel, amely a tűszúrással járó beavatkozásokat befolyásolhatja, vállalom, hogy erről kezelőorvosomat előzetesen tájékoztatom, és szükség esetén az érintett szakorvos jóváhagyását beszerzem. Ennek igazolása engem terhel.

8. Kijelentem, hogy a fentiek alapján a kezelésemnek nincs tudomásom szerinti kizáró körülménye, és vállalom, hogy minden kezelés alkalmával az egészségi állapotomban bekövetkező változásokat jelzem, továbbá az orvosi utasításokat követem.

9. Tudomásul veszem, hogy a kezelést saját döntésem és felelősségem alapján veszem igénybe, az ismertett kockázati tényezők elfogadásával.

10. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezeléseim során felmerülő személyes adataimat — ideértve az egészségügyi adatokat is — az orvosi titoktartás szabályai szerint, az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltaknak megfelelően kezeljék és megőrizték.

9. Aláírások

Páciens neve (olvashatóan): _____

Páciens aláírása: _____

Dátum: _____

A beleegyező nyilatkozat felvételét végző orvos neve: _____

Aláírása: _____

Dátum: _____