

## Cérnabeültetés – Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat

A cérnabeültetés egy minimál invazív, kiegészítő terápiás eljárás, amely során steril, felszívódó orvosi szálakat helyezünk a bőr alá meghatározott kezelési pontokba. A kezelés célja a szervezet természetes regenerációs és öngyógyító folyamatainak támogatása, valamint bizonyos pontok tartósabb ingerlése.

**A cérnabeültetés többféle panasz és állapot esetén alkalmazható kiegészítő kezelésként, például:** nyak-, váll-, hát-, derék- és csípőtáji fájdalmaknál, izomfeszülések és izomletapadások esetén, ízületi panaszoknál, sportterhelés utáni regeneráció támogatására, a szervezet általános regenerációs folyamatainak támogatására, egyes esetekben stresszhez kapcsolódó testi tünetek kiegészítő kezelésére.

A kezelés minden esetben egyéni állapotfelmérés alapján történik, ezért a kezelési pontok és a kezelés menete személyenként eltérő lehet.

**A kezelés bizonyos esetekben nem javasolt vagy nem végezhető el, például:** terhesség alatt korlátozottan csak bizonyos pontok alkalmazása esetén, szoptatás idején a csecsemő 1 éves koráig, lázas vagy fertőzőes állapotban, aktív gyulladás vagy bőrbetegség esetén a gyulladt terület elkerülésével, súlyos véralvadási zavar fennállásakor, ismert allergia esetén a felhasznált anyagokra.

**A kezelés hatása egyénenként eltérő lehet, azonban általában körülbelül 2–3 hónapig tart.** A hatás időtartamát több tényező is befolyásolja: a páciens általános egészségi állapota, a fennálló probléma jellege, az életmód, a fizikai terhelés mértéke, a stresszterhelés, a szervezet regenerációs képessége. Bizonyos esetekben ismétlődő vagy fenntartó kezelések javasoltak lehetnek.

**A kezelés előtt javasolt:** megfelelő mennyiségű folyadék fogyasztása, kipihent állapotban érkezni, intenzív sport vagy nagy fizikai megterhelés kerülése, az alkoholfogyasztás kerülése legalább 24 órával a kezelés előtt. Fontos, hogy a páciens minden fennálló betegségről, gyógyszereszedéséről, korábbi műtétről, allergiájáról és krónikus problémáiról tájékoztassa a kezelőt. Vértíró gyógyszerek, bizonyos étrendkiegészítők vagy fokozott vérékenység esetén nagyobb eséllyel alakulhat ki bevérzés vagy véraláfutás. Gyógyszert önállóan elhagyni tilos. A gyógyszerek módosításáról kizárólag kezelőorvos dönthet.

**Hogyan zajlik a kezelés?:** A kezelés előtt a kezelő szakember részletes konzultációt és állapotfelmérést végez. Ezután kijelölésre kerülnek azok az akupunktúrás pontok, ahová a szálak behelyezése történik. A kezelési terület fertőtlenítése után a steril, felszívódó szálak vékony tű segítségével kerülnek a bőr alá. A kezelés során enyhe szúró, húzó vagy feszítő érzés előfordulhat. A kezelés időtartama körülbelül 15 perc, a kezelt területek számától és az alkalmazott technikától függően.

**Mi várható a kezelés után?:** A kezelést követően átmeneti reakciók jelentkezhetnek, amelyek a szervezet természetes válaszreakciójának tekinthetők. Előfordulhat: enyhe fájdalom vagy érzékenység, bőrpír, kisebb duzzanat, apró bevérzés, feszítő érzés, átmeneti zsibbadásérzés, fokozott érzékenység a kezelt területen, enyhe fáradtság vagy levertség. Előfordulhatnak ritkán mellékhatások és szövődmények (kb. 10.00-ból 1 esetben): fertőzés, gyulladás, allergiás reakció, tartós fájdalom, idegirritáció, hegeképződés, a szál kilökődése, elhúzódó érzékenység. Ilyen esetben szükséges kontrollvizsgálat a kezelőorvossal.

Az első 8 órában: tilos a fürdés, valamint a ragtapaszt rajta kell hagyni a kezelt területen

Az első 24 órában javasolt: a kezelt terület kímélése, intenzív fizikai aktivitás kerülése, szauna, forró fürdő és szolárium kerülése, alkoholfogyasztás, illetve a csirkés ételek kerülése, a kezelt terület erős nyomásának vagy masszírozásának kerülése.

### NYILATKOZATOK

#### 1. A Páciens azonosítása:

- **Páciens neve (olvashatóan):** .....
- **Születési helye és ideje:** .....

*(A páciens egyéb személyazonosító és egészségügyi adatai a szolgáltató elektronikus egészségügyi nyilvántartási rendszerében rögzítésre kerültek.)*

**2. Nyilatkozat a tájékoztatás megadásáról és megértéséről:** Alulírott Páciens kijelentem, hogy a cérnabeültetési eljárás jellegéről, céljáról, menetéről, várható előnyeiről, egyéni korlátairól, valamint a lehetséges kockázatokról, átmeneti reakciókról és ritka szövődményekről (beleértve a fertőzés, gyulladás, allergiás reakció, idegirritáció, szájkilökődés kockázatát) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) rendelkezéseinek megfelelő, részletes, számomra érthető szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptam. Kijelentem, hogy a tájékoztatás során lehetőségem volt kérdéseket feltenni. Feltett kérdéseimre a kezelőorvostól teljes körű, kielégítő és számomra világos válaszokat kaptam. Úgy érzem, döntésemet kellő információ birtokában hozhattam meg. Tudomásul veszem, hogy a jelen tájékoztató és nyilatkozat dokumentum tartalma számomra a [www.hmedical.hu/legal](http://www.hmedical.hu/legal) oldalon a későbbiekben is bármikor hozzáférhető, kérésre az általam aláírt példányt a Szolgáltató elektronikus úton megküldi.

**3. Felelősségvállalás és együttműködési kötelezettség:** Kijelentem, hogy a kezelőorvos részére a jelen beavatkozás szempontjából releváns minden korábbi és jelenlegi betegségemről, műtétemről, gyógyszereszedésemről (különös tekintettel a vérhígítókra), krónikus problémámról, esetleges terhességemről/szoptatási státuszomról, valamint ismert allergiámról teljes körű, valóság-hű tájékoztatást adtam. Tudomásul veszem, hogy az adatok elhallgatásából vagy valótlan megadásából eredő szövődményekért és károkért a felelősség engem terhel.

Kötelezettséget válllok arra, hogy a kezelőorvos által előírt kezelés előtti és kezelést követő utasításokat maradéktalanul betartom. Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos által adott utasítások be nem tartása a szövődmények kockázatát növelheti, és az ebből közvetlenül eredő következményekért a szolgáltató felelőssége nem állapítható meg.

**4. Kockázatok és az eredmény garanciájának kizárása:** Kifejezetten tudomásul veszem és elfogadom, hogy a beavatkozás eredménye – a szervezet egyéni regenerációs és biológiai képességeitől függően – páciensenként eltérő lehet. A kezelőorvos és a szolgáltató részéről konkrét gyógyeredmény vagy teljes eredményesség nem garantálható. Tudomásul veszem, hogy a kívánt hatás eléréséhez vagy fenntartásához ismétlődő vagy fenntartó kezelésekre lehet szükség.

**5. A beleegyezés megadása és visszavonása:** Jelen nyilatkozat aláírásával – cselekvőképességem teljes tudatában, önkéntesen – kifejezett beleegyezésemet adom a cérnabeültetési kezelés elvégzéséhez. Tudomásul veszem, hogy ezt a beleegyezésemet a beavatkozás tényleges megkezdéséig bármikor, indokolás nélkül, szóban vagy írásban visszavonhatom.

**6. Adatkezelési nyilatkozat:** Tudomásul veszem, hogy személyes és különleges (egészségügyi) adataim kezelése a GDPR, az Eüak. (1997. évi XLVII. törvény) és a szolgáltató hatályos Adatkezelési Tájékoztatója szerint történik. Aláírásommal igazolom, hogy az Adatkezelési Tájékoztató megismerésének lehetőségét a beavatkozás előtt a szolgáltató biztosította.

**Kelt:** .....

**Páciens aláírása**.....

**Orvosi záradék:** Kijelentem, hogy a páciens részére a cérnabeültetési eljárás indikációiról, kontraindikációiról, a kezelés menetéről, a lehetséges kockázatokról és szövődményekről a jogszabályi előírásoknak megfelelő, részletes szóbeli tájékoztatást megadtam. A páciens kérdéseit megválaszoltam, a páciens – megítélésem szerint – a tájékoztatást megértette, és a kezelésbe belátható következmények birtokában, önkéntesen egyezett bele.

**Kezelőorvos neve:** .....

**Kezelőorvos aláírása:** .....