

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pacjenta zakwalifikowanego do zabiegu hirudoterapii.

Dane osoby podlegającej leczeniu za pomocą aplikacji pijawek lekarskich:

Nazwisko i Imię:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (dotyczy kobiet):

Podpis:

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety?
TAK/NIE. Jeżeli TAK, to jakie?

.....
.....
.....
.....

Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli TAK, to proszę opisać zdarzenie:

.....
.....
.....
.....

Przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu pijawką lekarską jest hemofilia, wirusowe zapalenie wątroby oraz inne choroby krwi z niedoborem czynników krzepnięcia, zaawansowana anemia, ciąża.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do zabiegu hirudoterapii i oznajmiam, że nie mam żadnej z tych chorób.

Oświadczam, że jestem świadomy/a konieczności zgłoszenia w/w stanów do oceny w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do hirudoterapii w przypadku wystąpienia w/w stanów po złożeniu niniejszego oświadczenia. Znam telefon do hirudoterapeuty:

Oświadczam pod rygorem zrzeczenia się wszelkich roszczeń z tytułu możliwych działań niepożądanych hirudoterapii, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Podpis osoby składającej oświadczenie:

Data:

Świadoma zgoda na zabiegi z zakresu hirudoterapii

Ja, niżej podpisana/y znam prawa Pacjenta. Zostałam/em poinformowana/y na czym polega terapia pijawkami lekarskimi, jak też o rokowaniu w przypadku niepoddania się leczeniu. Mam świadomość zakresu i rodzaju metody terapii pijawkami lekarskimi zwana hirudoterapią – która polega na zabiegach aplikacji naskórnej kilku/kilkunastu lekarskich pijawek. Wyjaśniono mi przebieg zabiegu i poinformowano o istnieniu alternatywnych metod leczenia mojego schorzenia. Miałam/em możliwość zadawania pytań hirudoterapeucie, zrozumiałam/em odpowiedzi. Rozumiem, że leczenie zwane hirudoterapią jest uznanym na obecnym etapie wiedzy medycznej sposobem leczenia i zostało mi zaproponowane po przeprowadzeniu ze mną wywiadu i złożeniu przeze mnie pisemnego oświadczenia dotyczącego mojego stanu zdrowia. Wiem, że aplikowane pijawki są środkami medycznymi jednorazowego użytku i pochodzą ze sterylnej hodowli.

Mam pełną świadomość, że poddanie mnie terapii pijawkami lekarskimi jest dobrowolną umową – zleceniem na zasadach umowy starannego działania i że terapeuta dołoży wszelkiej staranności, przy uwzględnieniu swojej wiedzy i umiejętności, by oznaczony cel zmniejszenia moich dolegliwości i poprawy stanu zdrowia został osiągnięty. Rozumiem, że staranne działania terapeuty nie są gwarancją wyleczenia i że podjęta przeze mnie terapia pijawkami lekarskimi może nie przynieść oczekiwanych rezultatów w postaci poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia dolegliwości. Jestem świadomy/a, że po przystąpieniu do zabiegu może wystąpić niewielka reakcja obrzękowa objawiająca się zaczerwienieniem, pieczeniem lub swędzeniem, jak również, że po zabiegu mogą pozostać niewielkie blizny.

Rozumiem na czym polega zabieg aplikacji pijawki, sterylna hodowla, jednorazowy użytek, reakcja alergiczna, pieczenie i swędzenie, konieczność stosowania opatrunku po zabiegowego, niewielka blizna w miejscu aplikacji.

Oświadczam pod rygorem zrzeczenia się wszelkich roszczeń z tytułu niniejszej umowy zlecenia, że ujawniłam wszystkie znane mi moje schorzenia i dolegliwości mogące mieć wpływ na decyzję o zastosowaniu u mnie hirudoterapii. Zobowiązuję się pod rygorem zrzeczenia się wszelkich roszczeń z tytułu niniejszej umowy dokładnie przestrzegać zaleceń po wykonanym zabiegu, zwłaszcza dotyczących opatrunków po zabiegowych i wizyt kontrolnych. Oświadczam, że nie będę zgłaszała/ł żadnych roszczeń odszkodowawczych w przypadku, gdy terapia nie przyniesie oczekiwanych rezultatów w postaci poprawy mojego stanu zdrowia, zmniejszenia dolegliwości oraz w przypadku innych nieprzewidywalnych okoliczności mogących wystąpić w trakcie i po zabiegu.

Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie mają charakter umowy zlecenia i są wynikiem porozumienia stron, miałam/em odpowiednio dużo czasu do przeanalizowania treści niniejszej zgody i podpisuje ten dokument dobrowolnie jako odpowiednio poinformowany Pacjent.

Data i własnoręczny czytelny podpis:

..... /