

	Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice IČO 47677406		1 z 1
		verze č.01	
		platnost od 1.4.2020	

INFORMOVANÝ SOUHLAS **pacienta s léčebným výkonem**

Plánovaný výkon: Neinvazivní terapeutický výkon na přístroji **BTL – 6000 Super Induktiv System**, který vytváří elektromagnetické pole, které ovlivňuje svalovou a nervovou tkáň.

Indikace: systém je indikován u poruch muskuloskeletálního aparátu (svalové a kosterní soustavy), nervového systému a k ošetření měkkých tkání.

Aplikace: Terapie může být aplikována přes oblečení.

Poznámka: V okolí aplikátoru nesmí být: datové nosiče (kreditní karty, platební karty, usb flash disk apod.), elektronické přístroje (mobil, tablet, hodinky, PC), autoklíč.

Terapie nesmí být aplikována do 18 let věku, v místech růstových štěrbin, v oblasti hlavy, v oblasti srdce ani v oblasti přední stěny břichu.

Kontraindikace: Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že nemám / netrpím žádnou z následujících čtrnácti položek:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - implantovaný kardiostimulátor - implantovaný defibrilátor - implantovaný neurostimulátor - elektronické implantáty - kovové implantáty - dávkovače léčiv - plicní onemocnění | <ul style="list-style-type: none"> - krvácivé onemocnění - antikoagulační léčba - onemocnění srdce - nádorové onemocnění - horečka - těhotenství - menzes |
|--|--|

Možné vedlejší účinky:

- dočasná svalová bolest
- dočasné svalové křeče
- dočasné bolesti kloubů nebo šlach
- dočasné místní zarudnutí kůže

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem jej celý četl/a a že jsem plně porozuměl/a jeho obsahu. Měl/a jsem příležitost se na vše zeptat a veškeré otázky, které jsem položil/a mi byly dostatečně a srozumitelně vysvětleny. Jsem seznámen/a s tím, že medicína není exaktní věda a chápu, že nemohu požadovat záruku za výsledek.

Telefonický kontakt pro objednání: **581 679 470**

.....
Datum a podpis pacienta jako vyjádření informovaného souhlasu

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta osobně a srozumitelným způsobem informoval/a o plánovaném léčebném postupu a to včetně upozornění na kontraindikace a možné vedlejší účinky.

.....
Datum, jméno a podpis lékaře