

## Consimțământ pentru tratamentul DryNeedling

Acest document trebuie citit împreună cu foaia de informații intitulată "Informații despre DryNeedling."

Eu, ..... (nume complet), în calitate de:

Pacient (dacă am 12 ani sau mai mult), Sau părintele sau tutorele legal al pacientului:  
..... (numele complet al pacientului) care îmi este:

Soț/ Copil/ Nepot/ Părinte/ Frate sau Soră/ Copil al familiei de plasament/ Tutelă

(vă rugăm să înconjurați termenul corespunzător)

îmi exprim consimțământul pentru efectuarea terapiei DryNeedling de către fizioterapeutul numit .....

la cabinetul/ departamentul de fizioterapie de la: .....

2. Acest consimțământ este valabil doar pe durata seriei actuale de tratamente. Înțeleg că pot retrage consimțământul meu în orice moment. Înțeleg că, dacă retrag consimțământul meu, trebuie să confirm acest lucru în scris.

3. Înțeleg că terapeutul este corespunzător calificat și instruit să efectueze terapia necesară.

4. Zonele corpului la care dau consimțământ pentru DryNeedling sunt:

.....

5. Sunt mulțumit(ă) că tehnica mi-a fost explicată în întregime, că problemele mele au fost abordate și că întrebările mele au primit răspuns în mod satisfăcător. Am citit foaia de informații atașată și intitulată "Informații despre DryNeedling" și sunt în măsură să iau această hotărâre și am evaluat riscurile și limitările tehnicii în ceea ce privește efectele secundare cunoscute.

6. Înțeleg că tehnica se efectuează într-un cadru de reabilitare și că trebuie să urmez instrucțiunile date de fizioterapeut.

7. Prin prezenta, exonerez terapeutul și cabinetul de orice răspundere rezultată din tratamentul descris mai sus, inclusiv consecințe neprevăzute sau necunoscute.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Locul: \_\_\_\_\_

Pacient: \_\_\_\_\_ Tutore/ Persoană mandatată: \_\_\_\_\_

Martor #1: \_\_\_\_\_ Martor #2: \_\_\_\_\_