

Dane gabinetu: *SOMATERA, ul. Mickiewicza 57, 05-220 Zielonka*

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,

Problem, z którym zgłosiła się Pani/zgłosił się Pan do swojego fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne dna miednicy. Konieczna jest dokładna i profesjonalna diagnostyka, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczny — treningowy dostosowany do Pani/Pana indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, Pani/Pana fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przez pochwową i/lub przez odbytnicę. Tylko dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności. Z tych samych powodów może także zaistnieć potrzeba uzupełnienia badania o badanie aparaturowe.

Ze względów natury prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie przez pochwową i/lub przez odbytnicę.

Zgoda na badanie oraz potwierdzenie odbycia rozmowy instruktażowej.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić fizjoterapeutę. W okresie wykonywania badania korzystam / nie korzystam z innych świadczeń z zakresu fizjoterapii (w przypadku korzystania proszę wymienić rodzaje świadczeń.....)

Fizjoterapeutka/Fizjoterapeuta (imię i nazwisko) przeprowadził/a ze mną osobistą rozmowę, podczas której:

- Otrzymałam/łem wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania - przez pochwową/przez odbytnicę i je zrozumiałem.
- Otrzymałam/łem wszystkie niezbędne informacje o przeciwwskazaniach oraz o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z przeprowadzonym badaniem zgodnie z załącznikiem nr i je zrozumiałem.
- Miałam/miałem możliwość zadania wszelkich pytań i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.
- Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.
- Zgodziłam/łem się na ewentualne przeprowadzenie u mnie badania aparaturowego.
- Aparatura oraz jej zastosowanie zostało mi wyjaśnione oraz pokazane.
- Nie miałam/łem i nie mam żadnych więcej pytań.

Powyższe zasady przeczytałam/-am i zrozumiałam/-am,. Zostałam/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach badania. Zostałam/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom badania i konsekwencjach wynikających z zaniechania badania.

ZABIEGI WYKONYWANE DROGĄ DOPOCHWOWĄ:

- Badanie i ocena funkcjonalna mięśni dna miednicy
- Mobilizacja struktur mięśniowo — powięziowych
- Mobilizacja układu nerwowego (nerw sromowy)
- Elektrostymulacja
- Biofeedback (emg, usg, przyrządy do biofeedbacku np. educator)
- Dobór pessara
- Mobilizacje wisceralne
- Mobilizacja blizn po zabiegach chirurgicznych, epizjotomii
- Detonizacja i aktywacja poszczególnych grup mięśniowych

MOŻLIWE DOLEGLIWOŚCI ZWIĄZANE Z TERAPIĄ PRZES POCHWĘ:

- Bolesność, tkliwość okolicy badanej
- Dolegliwości bólowe okolicy podbrzusza
- Podrażnienie śluzówki pochwy
- Przejściowo zwiększona ilość wydzieliny

Imię i Nazwisko

PESEL

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

MIEJSCOWOŚĆ Data

Podpis terapeuty