

Zgoda pacjentana badanie palpacyjne per vaginam/ przeprowadzenie testu/ treningu/reedukacji mięśni dna miednicy z zastosowaniem sondy dopochwowej PelviFly; per vaginam

DANE PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię pacjenta

Nazwisko pacjenta

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA*1

Imię

Nazwisko

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja, niżej podpisana niniejszym oświadczam, że:

§ został mi zaprezentowany i szczegółowo omówiony trening/reedukacji mięśni dna miednicy, polegająca na zastosowaniu dopochwowej sondy PelviFly per vaginam w tym w szczególności sposób wykonywania terapii przy użyciu sondy PelviFly;

§ zostałam powiadomiona o skutkach treningu

§ jest mi wiadome, że trening stanowi rehabilitację, która nie gwarantuje powrotu całkowitej sprawności;

§ rozumiem, że skuteczność treningu jest uzależniona od rzetelnego i zgodnego z zaleceniami wykonywania przeze mnie ćwiczeń w ramach usługi.

Jednocześnie, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) oraz z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2015.464 j.t.), wyrażam zgodę na wykonanie treningu, polegającej na zastosowaniu metod per vaginam z zastosowaniem sondy PelviFly.

Data

Podpis