

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

<b>Páciens neve:</b>	<b>Születési idő:</b>	<b>Kor:</b>
<b>Telefonszám:</b>	<b>E-mail:</b>	

### Diagnózis:

.....

.....

.....

.....

### KEZELÉSI SZEMPONTOK

A BTL EMSELLA készülék sorozatos nem invazív kezelésére jegyezték Önt elő.

BTL EMSELLA célja a teljes medencefenék izmainak nem invazív elektromágneses stimulációja, a gyenge medencei izmok rehabilitációja, a neuromuszkuláris kontroll helyreállítása és az inkontinencia kezelése nőknél.

**Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

A kezelője megvitatta Önnel speciális kezelési igényeit. Az ajánlott kezelések száma \_\_\_\_\_, ami általában 30 percet vesz igénybe alkalmanként, legalább 2-3 napos szünettel két kezelés között. A teljes kezelési sorozat befejezése szükséges a kezelés hatékonyságának maximalizálása érdekében. Szükség lehet további kezelésekre állapotának súlyosságától függően.

**Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

A kezelés általában nem jár fájdalommal és nincs szükség érzéstelenítésre. A kezelés során fokozatosan növekvő bizsergés és izomösszehúzódnás tapasztalható. Ez az érzés a medence területén teljesen normális. A kezelés teljes időtartama alatt teljesen felöltözve kell, hogy maradjon.

**Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

A kezelés napján javasoljuk, hogy kényelmes ruhát viseljen, amely lehetővé teszi a könnyebb pozicionálást és a kényelmesebb kezelést.

**Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

### Kérjük válaszolja meg, hogy vontakozott-e valaha vagy vonatkozik-e jelenleg Önre a felsoroltak közül bármelyik:

- |  |                               |                              |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| - Terhesség  | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Szívritmusszabályozó                               | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Beültetett defibrillátorok, neurostimulátorok      | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Elektromos implantátumok                           | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Pulmonális billentyű elégedetlensége               | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Fém implantátum                                    | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Gyógyszer infúziós pumpa                           | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Vérzéses állapot                                   | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Antikoagulációs kezelés                            | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Szívbetegségek                                     | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Rosszindulatú daganat                              | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Láz  | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |
| - Gyógyszerallergia, ételallergia, vagy más allergia | <input type="checkbox"/> IGEN | <input type="checkbox"/> NEM |

- Receptköteles gyógyszerek, homeopátiás készítmények vagy szabadon vagy vásárolható gyógyszerek szedése  IGEN  NEM
- Korábbi műtét  IGEN  NEM
- Bármilyen bőrbetegség vagy érzékenység  IGEN  NEM

**Ha a fenti kérdések bármelyikére IGEN-nel válaszolt, kérjük részletezze:**

.....

.....

.....

.....

**Az ellenjavallatok és figyelmeztetések teljes listájáért forduljon a kezelő orvosához.**

Alulírott a jelen okirat aláírásával

- Tudomásul vettem, hogy a terhesség kontraindikáció és terhes nők nem kezelhetőek.

Ügyfél aláírása: \_\_\_\_\_

- Tudomásul vettem, hogy menstruáció alatt nem vagyok kezelhető

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

- Tudomásul vettem, hogy a BTL EMSELLA kezelése esetleges kockázattal járhat, ami a következők lehetnek: izomfájdalom, átmeneti izomgörcs, átmeneti ízületi vagy infájdalom, helyi eritéma vagy bőrpír. Megértem, hogy a kezelés szövődeményekkel vagy sérülésekkel járhat mind ismert, mind ismeretlen okok miatt és ezeket a kockázatokat szabadon vállalom.

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

- Hajlandó vagyok űrlapokat kitölteni és/vagy anonim kérdőíveket, mivel az elősegíti a kezelés eredményének orvosi kiértékelését. Páciens információkat orvosi nyilvántartások részére vagy marketing célból gyűjthetnek csak be.

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

- Megértem, hogy az eredmények személyenként eltérőek lehetnek, és a pontos eredmény nem jósolható meg. Nagyon valószínűtlen, de előfordulhat, hogy az eljárás után a páciens nem érzékel semmilyen felismerhető eredményt. Tudomásul vettem, hogy az eredmény lehet, hogy nem fog megfelelni elvárásaimnak.

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

- Igazolom, hogy elolvastam a teljes dokumentumot, és egyetértek minden rendezéssel. Lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és ezekre a kérdésekre teljes mértékben választ kaptam. Teljes mértékben megértem a kezelési feltételeket, az eljárást és az esetleges mellékhatásokat.

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

- Elolvastam a fent felsoroltakat és teljes hozzájárulást adok a BTL EMSELLA rajtam történő kezeléshez alkalmazott orvos(ok) és kinevezett munkatársak által.

- **Ügyfél aláírása:** \_\_\_\_\_

Aláírásom igazolja, hogy a fenti információk pontosak és naprakészek.

Miskolc, 2024. .... hó ... napján:

**Tanú:** \_\_\_\_\_ **Aláírás:** \_\_\_\_\_

Miskolc, 2024. .... hó ... napján:

Klinika neve: **Privée Clinic** (üzemletető: **Hispanitas Kft.**)

# BTL EMSELLA™

## KEZELÉSI NYILVÁNTARTÁS

Páciens neve:

Kezelések száma	Dátum	Előre beállított program	Maximum elért intenzitás (%)	Páciens visszaigazolása és kezelési megjegyzés	Kezelő Monogramja
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Megjegyzés:					