

INFORMACJA O ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM w postaci aurikuloterapii / akupunktury ucha

W celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w postaci aurikuloterapii / akupunktury ucha udzielanego w zakładzie leczniczym „Fizjoterapia Kobielska”, prowadzonym przez firmę „FiRM Michał Tomaszewski” pod adresem: ul. J. Poniatowskiego 29C/1, 05-400 Otwock, posiadającą numer NIP: 1181706708 oraz REGON: 529993282, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych, numer księgi rejestrowej: 000000284018, prosimy o zapoznanie się z niniejszą informacją, a następnie o podjęcie decyzji o wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na jego udzielenie.

NA CZYM POLEGA AURIKULOTERAPIA / AKUPUNKTURA UCHA I JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO JEJ PRZEPROWADZENIA?

- Aurikuloterapia, znana również jako akupunktura ucha, polega na stymulacji określonych punktów na małżowinie usznej, które są połączone z różnymi częściami ciała. Terapia ma na celu redukcję bólu, stresu, poprawę funkcji narządów oraz równowagę energetyczną. W tej metodzie wykorzystuje się igły do stymulacji punktów.
- Aby przygotować się do zabiegu, warto odbyć konsultację z terapeutą, aby omówić swoje dolegliwości i cele terapii. Dobrze jest unikać stresu, zrelaksować się przed sesją oraz powstrzymać się od kofeiny i alkoholu na kilka godzin przed zabiegiem. Zaleca się również noszenie wygodnej odzieży, która umożliwi łatwy dostęp do uszu.

JAKIE SĄ PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA AURIKULOTERAPII / AKUPUNKTURY UCHA:

Przeciwskazaniem bezwzględny do przeprowadzenia aurikuloterapii / akupunktury ucha są:

- niejasna etiologia schorzenia
- ciąża
- rozrusznik serca (w przypadku elektropunktury i elektroakupunktury)
- skrajne wyniszczenie organizmu pacjenta
- brak logicznego kontaktu z pacjentem (w tym wiek niemowlęcy)
- hemofilia
- choroby skóry, zwłaszcza o etiologii zakaźnej oraz wiążące się z powstawaniem nowych ognisk w miejscach przerwania ciągłości tkanek (np. łuszczycy)
- gruźlica, sarkoidoza
- zaburzenia czucia w obrębie stymulowanego obszaru (w tym zespoły porażenia nerwów czaszkowych (V, VII, IX, X) oraz nerwu potylicznego mniejszego przebiegające z hiperestezją lub dysestezją części małżowiny usznej, unerwianej przez dany nerw)
- wrodzone deformacje małżowiny usznej (bezwzględne) lub nabyte deformacje (względne)
- przeszczepy nie-autologiczne
- alergia na wybrane metale (w przypadku ich występowania w narzędziach zabiegowych)
- stany zapalne małżowiny usznej jak i poszczególnych części narządu słuchu
- nieustabilizowane nadciśnienie tętnicze

ODCZUCIA PACJENTA W TRAKCIE WYKONYWANIA AURIKULOTERAPII / AKUPUNKTURY UCHA:

- Ukłucie: Lekkie ukłucie przy wprowadzaniu igły.
- Ucisk i Rozpieranie: Uczucie nacisku w obszarze nakłucia.
- Rozluźnienie: Uczucie zmniejszenia napięcia mięśniowego.
- Ciepło/Mrowienie: Lokalne ciepło lub mrowienie.
- Indywidualna Reakcja: Zróżnicowane odczucia zależne od pacjenta i techniki.

MOŻLIWE POWIKŁANIA PRZEPROWADZENIU AURIKULOTERAPII / AKUPUNKTURY UCHA ORAZ:

- bolesność nakłuwanego miejsca, utrzymująca się do kilku dni po zabiegu,
- podrażnienie narządu,
- zakażenie.

W przypadku wystąpienia powikłań lub w przypadku, gdy wskazane powyżej reakcje nie ustąpią, nasilą się, pojawią się nowe dolegliwości lub nastąpi gwałtowne pogorszenie samopoczucia, konieczne jest niezwłoczne skonsultowanie się fizjoterapeutą lub lekarzem.

PYTANIA PACJENTA:

W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z aurikuloterapią / akupunkturą ucha należy zadać je fizjoterapeucie PRZED podpisaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

ZGODA PACJENTA
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia oraz numer
PESEL pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta:
.....

Niniejszym oświadczam, że podczas wizyty przeprowadzonej w dniu _____:

1. **Udzieliłam/em fizjoterapeucie prawdziwych i wyczerpujących informacji o moim stanie zdrowia i jestem świadoma/y skutków podania nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji o moim stanie zdrowia. Zostałam/em poinformowana/y, że wszelkie udzielone przeze mnie informacje o stanie zdrowia mają poufny charakter.**
2. **Zostałam/em poinformowana/y przez fizjoterapeutę o moim stanie zdrowia oraz o moim stanie funkcjonowania.**
3. Fizjoterapeuta udzielił mi wyczerpującej informacji o proponowanych metodach leczenia, w tym następstwach ich zastosowania, o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych proponowanym sposobem leczenia w postaci **aurikuloterapii / akupunktury ucha.**
4. Fizjoterapeuta poinformował mnie o skutkach stosowania zaproponowanego leczenia w postaci **aurikuloterapii / akupunktury ucha**, jak również o skutkach zaniechania stosowania proponowanego leczenia, w tym o konsekwencjach wynikających z samowolnej modyfikacji zaproponowanego sposobu leczenia.
5. **Fizjoterapeuta poinformował mnie o spodziewanych wynikach leczenia, przy czym wyjaśniono mi, że spodziewanego efektu nie można zagwarantować. Jest on zależny od wielu czynników, w tym m.in. od zdolności regeneracyjnych mojego organizmu i stosowania się do zaleceń fizjoterapeuty.**
6. Fizjoterapeuta poinformował mnie o alternatywnych metodach leczenia oraz o ryzyku wynikającym z ich zastosowania.
7. **Zapoznałem się z powyższą informacją o świadczeniu zdrowotnym w postaci aurikuloterapii / akupunktury ucha i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.**
8. **Fizjoterapeuta odpowiedział wyczerpująco i w zrozumiały sposób na moje pytania związane z proponowanym sposobem leczenia.**

MAJĄC NA WZGLĘDZIE POWYŻSZE OŚWIADCZAM, ŻE ŚWIADOMIE:
.....
(należy wpisać WYRAŻAM ZGODĘ lub NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA PRZEPROWADZENIE AURIKULOTERAPII / AKUPUNKTURY UCHA I ZOBOWIĄDUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA FIZJOTERAPEUTY O WSZELKICH ZMIANACH MOJEGO STANU ZDROWIA ORAZ SAMOPOCZUCIA.**

.....
miejsowość, data, godzina i podpis pacjenta

Potwierdzam wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci aurikuloterapii / akupunktury ucha w mojej obecności.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis fizjoterapeuty