

Fizyoterapi ve Manuel Terapi Aydınlatılmış Onam Formu

Kas-iskelet sistemi rehabilitasyonu ve manuel terapi seansları için onay belgesi.

Formun Amacı

Kas-iskelet sistemi bozukluklarında uygulanan manuel terapi, manipülasyon ve fizik tedavi ajanlarının etkileri, geçici ağrı artışları ve tedavi kuralları konusunda hastayı bilgilendirmek.

Yasal Dayanak

Fizyoterapist Görev Tanımı Yönetmeliği, Hasta Hakları Mevzuatı.

Kişi Bilgileri ve Beyanlar

Danışan Ad Soyad *

T.C. Kimlik No *

Ana Şikayet / Ağrı Bölgesi *

Vücudunuzda Platin / Kalp Pili Var mı? *

[] Hayır [] Platin/Vida var [] Kalp pili var

Klinik Değerlendirme ve Şikayetler

- Mevcut ağrı haritası, hareket kısıtlılıkları ve önceki MR/Röntgen bulguları
- Protez, platin, kalp pili gibi metal implant varlığı

Uygulanacak Yöntemler ve Geçici Reaksiyonlar

- Manuel mobilizasyon, traksiyon ve eklem manevraları
- Kuru iğneleme sonrası oluşabilecek hafif sızı ve morarmalar
- İlk 24-48 saat hissedilebilecek kas yorgunluğu ve reaktif ağrı

Onay Beyanı

Yukarıdaki bilgileri okudum, anladım; sorularıma yanıt aldım. Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, belirtilen hizmetin tarafıma uygulanmasını özgür irademle kabul ederim.

Ad Soyad / İmza

Tarih: / /

Uygulayıcı Ad Soyad / İmza

Tarih: / /