

## NÖRALTERAPİ BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Sayın hastamız,

Sağlık durumunuz ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurmak hakkına sahipsiniz.

### BİLGİLENDİRME:

Nöralterapi; vücutta oluşan hastalıkları veya disfonksiyonları ortadan kaldırmak için, dokulara ,otonomik gangliyonlara, sinir bölgelerine, akupunktur noktalarına, skarlara, ve tetik bölgelere lokal anestezi solusyonların enjeksiyonu ile uygulanan bir tedavi yöntemidir.

İğne korkusuna bağlı veya oturarak yapılan tedavilerde tansiyonda geçici düşmeler görülür. Sırt üstü yatınca çok kısa süre içinde bu durum ortadan kalkar. İğne batırılan yerlerde çok nadir olarak morarma olabilir.

Ayrıca baş dönmesi, kulak çınlaması, nadiren ağızda uyuşma, keçeleşme ve metal tat hissi, allerjik reaksiyonlar, kramplar, çarpıntı ve ilaç etkileşiminden bağımsız panik bir tablo oluşabilir. Çok nadiren de olsa, plevra, karaciğer ve böbrek gibi iç organ yaralanmaları olabilir.

### ONAM ( RIZA, İZİN )

Tedavi yöntemine bağlı komplikasyonlar hakkındaki yukarıda yazılı bilgileri okudum, anladım. Doktoruma genel sağlık durumum ve kullandığım ilaçlar hakkında bilgi verdiğimi, anlayamadığım hususları doktoruma danıştığımı ve doktorum tarafından uygulanacak tedavi yöntemi komplikasyonlar konusunda aydınlatıldığımı beyan ediyor, tedaviyi durdurma ve reddetme hakkım olduğunu bilerek Dr ..... tarafından şahsıma (velisi/vasisi bulunduğum ..... ) yapılacak muayene ve tedavileri kabul edip onaylıyorum.

Adı - Soyadı : .....

T.C. Kimlik No:.....

Tarih :.....

İmza :...

Ben Dr. ....

Tanısı ..... hastaya hastalığı ve uygulanacak işlemlerle ilgili gerekli bilgileri verdim. Hastanın bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.