

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nazwisko:
Imię:
Adres:
.....
Data urodzenia:
Tel:

PRZECIWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE:

TAK NIE

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> nietolerancja zimna, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> krioglobulinemia, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> kriofibrinogemia, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> choroba Raynauda, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> hemoglobulinuria napadowa, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> ropno-zgorzelinowe zmiany skórne, zapalenie żył głębokich | [] [] |
| <input type="checkbox"/> agammaglobulinemia, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> choroby ośrodkowego układu nerwowego, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> neuropatie układu współczulnego, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> miejscowe zaburzenia ukrwienia, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> znaczna niedokrwistość, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> działanie leków, zwłaszcza neuroleptyków i alkoholu, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> wyniszczenie i wychłodzenie organizmu, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> zaawansowana miażdżyca, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> choroba nowotworowa, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> zespół Prinzmetala, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> obecność miejscowych odmrożeń, | [] [] |
| <input type="checkbox"/> uszkodzenia skóry | [] [] |
| <input type="checkbox"/> schorzenia mięśnia serca lub aparatu zastawkowego serca | [] [] |
| <input type="checkbox"/> ciężkie postaci dusznicy bolesnej wysiłkowej i dusznicy bolesnej spontanicznej | [] [] |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia rytmu serca przy jego częstości wyższej od 100/min | [] [] |
| <input type="checkbox"/> przecieki żylna-tętnicze w płucach, ostre schorzenia | [] [] |
| <input type="checkbox"/> dróg oddechowych różnego pochodzenia. | [] [] |

PRZECIWSKAZANIA WZGLĘDNE:

TAK NIE

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> wiek powyżej 65 roku życia | [] [] |
| <input type="checkbox"/> przebyte zakrzepy żylne i zatory tętnic obwodowych | [] [] |
| <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy | [] [] |
| <input type="checkbox"/> nadmierna labilność emocjonalna, wyrażająca się | [] [] |
| <input type="checkbox"/> między innymi potliwością skóry | [] [] |

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z „Regulaminem korzystania z kriokomory Poddębickiego Centrum Zdrowia” a także z przeciwwskazaniami i ewentualnym dającymi przewidzieć się skutkami w trakcie jak i po zabiegu w kriokomorze. Wyrażam świadomą zgodę na odbycie zabiegów i jednocześnie potwierdzam, że nie zataiłam/em stanu mojego zdrowia który mógłby wykluczyć mnie z korzystania z krioterapii ogólnoustrojowej.

.....
(data i czytelny podpis)