(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ÜNİTESİ AYAKTAN HASTA BİLGİLENDİRME VE RIZA BELGESİ	
Doküman Kodu: HD.RB.579	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

SAYIN HASTAMIZ / HASTA YAKINIMIZ,

Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulanması planlanan tedavi / girişimin riskleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan, ilgili işlem hakkında tüm tereddütleriniz hekim tarafından giderildikten sonra bu onam formunu imzalayınız.

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI:

UYGULANACAK FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON PROGRAMI: Hastalığınızın durumuna göre size uygun fizik tedavi ve rehabilitasyon programı ön sayfada doktorunuz tarafından planlanmıştır. Bu tedavi programı ilaç ve fizik tedavi ajanlarının uygulanması ve terapötik egzersizlerden birini veya bir kaçını içerebilir. Size uygulanacak fizik tedavi; Soğuk tatbiki, yüzeysel ısı (infraruj, sıcak paket, parafin, girdap banyosu,) derin ısı (ultrason, kısa dalga diatermi,) Elektroterapi (TENS, elektrostimülasyon, vakum-enterferans, diadinami, galvanik-faradik akım,) ESWT, Tedavi edici egzersiz uygulamaları gibi fizik tedavi yöntemlerinden biri veya bir kaçını içerebilir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Olası riskler; cilt kızarıklıkları, hassasiyet, cilt yanıkları, kalp ritm bozuklukları, ciltte aşırı duyarlılık, kan basıncı değişiklikleri, eklem kısıtlılıklarının açılması sırasında yumuşak doku, bağ- kas-tendon kemik hasarlanması-kopması, kırık, alerjik deri reaksiyonları, elektrik çarpmasıdır. Bu komplikasyonlar fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına göre hastalarda literatür bilgisi olarak seyrekte olsa görülebilen komplikasyonlar ve sorunlar olarak nitelendirilmektedir.Bu sebeple hastanemizde gerek tedavi sırasında gerekirse tedavileriniz arasında bu komplikasyonlarla karşılaşma ihtimalimizin olduğunu ve bunu peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.

Tedavi uygulamalarının sonucunda tam ya da kısmi iyileşme garantisinin olmayacağı tarafıma anlatılmıştır. Ayrıca; ilaç, fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz, bantlama, enjeksiyon, yardımcı cihaz girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek düşme, yanık, ağrıda artış, altta yatan hastalıkta kötüleşme, kırık, nörolojik durumda bozulma, tedaviden fayda görememe, enjeksiyon, basınç yarası ve diğer yaralanmalar, idrar ve dışkı kontrolünün kaybı, alerjik yan etkileri, ilaç yan etkileri, bilinç kaybı, cinsel işlev bozukluğu, yanıcı-batıcı ağrı, uyku bozukluğu, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, ölüm gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla kabul ediyorum.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

TEDAVİYİ UYGULAYACAK FİZYOTERAPİST

Adı-Soyadı: İmza

TEDAVİ UYGULANACAK HASTA/HASTA YAKINI

Tarafıma uygulanacak Fizik Tedavisi hakkında bilgilendirildim. Tedaviyi kabul ediyorum;

Adı Soyadı : Tarih:

Saat : İmza :