(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ÜNİTESİ HASTA TEDAVİ İSTEM VE BİLGİLENDİRME FORMU

Doküman Kodu: ÖPS.FR.084	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 3

TANI (ICD KODU):	**BARKOD**
FİZİK MUAYENE:	
GEBELİK/İMPLANT/CA/KALP PİLİ	
PROTEZ SORGULAMA:	
TEDAVİ BÖLGESİ:	
GRUBU:	
SEANS SAYISI:	
Fizik Tedavi Uygulamaları	**Rehabilitasyon Uygulamaları**
[] TENS	[] Yardımcı Cihaz Eğitimi
[] USG	[] El Rehabilitasyonu
[] Hotpack	[] Germe Egzersizleri
[] Coldpack	[] Pelvik Rehabilitasyonu
[] İnfraruj	[] EHA
[] Whirlpool	[] Pasif Egzersiz
[] Girdap banyosu	[] Aktif Yardımlı Egzersiz
[] Enterferansiyel Akım	[] Ev Programı
[] Diadinamik Akım	[] Güçlendirme Egzersizleri
[] Vakum	[] Postür Egzersizleri
[] Parafin	[] PNF Egzersizleri
[] CPM	[] Nörolojik Rehabilitasyon
[] Kontrast Banyo	[] CP Rehabilitasyonu
[] Elektrik Stimülasyonu	[] Brachial Pleksus Rehabilitasyon
Rehabilitasyon Uygulamaları	[] Denge Koordinasyon Egzersizleri
[] İş Uğraşı Tedavisi	[] Yürüme Eğitimi
[] Ortopedik Rehabilitasyon	[] Solunum Rehabilitasyonu
[] Romatizmal Hastalık Rehabilitasyonu	[] Parkinson Rehabilitasyonu
[] Skolyoz Egzersizleri	[] Ms Rehabilitasyonu
[] Kırık rehabilitasyonu	[] Yanık Rehabilitasyonu
[] Omuz Rehabilitasyonu	
FİZİK TEDAVİ ÜNİTESİ D BLOK (-1) BODRUM KATTA YER ALMAKTADIR.	

SAYIN HASTAMIZ/HASTA YAKINIMIZ,

Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için tüm işlemler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

Fizik Tedavinin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır. Bu form, sizi takip eden hekimin size uygulaması planlanan tedavi/girişimin riskleri hakkında bilgilendirmesine yardımcı olmak için hazırlanmıştır. Lütfen bu formu tamamen ve dikkatle okuyunuz ve formu okuduktan sonra ilgili işlem hakkında tüm tereddütlerini hekim tarafından giderildikten sonra bu oram formunu imzalayınız.

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, radar) elektroterapi (TENS, elektrostimülasyon, vakum-enterferans, diadinami, galvanik-faradik akım), Mekanoterapi ESWT, Tedavi edici egzersiz uygulamarı gibi fizik tedavi yöntemlerinden biri veya bir kaçını içerebilir.

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilemeyen bir çok hastalıkta ve kronik ağrılı durumlarda foksiyonel kısıtlılıkta etkili bir tedaviye olanak sağlar.

UYGULANACAK TEDAVİNİN OLASI RİSKLERİ:

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 hasarlanma-kopması, kırık, alerjik deri reaksiyonları, elektrik çarpmasıdır.

TEDAVİNİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR:

Önerilen tedavi yönteminin kabul edilmediği durumlarda uygun tedavi yapılamamasına bağlı sağlığınızdaki bozukluğun, ağrı ve fonksiyon kayıplarınızın tevam etmesi veya ilerlemesi söz konusu olabilir.

UYGULANACAK TEDAVİNİN ALTERNATİFLERİ:

Bu hastalığın tedavisi için çeşitli ilaç tedavilerinin, bazı durumlarda cerrahi yaklaşımların tedaviye alternatif oluşturması söz konusudur. Bu hastalıkların tamamı multidisipliner (bir çok kliniği ilgilendiren) hastalıklardır. Tanı, tedavi ve takipleri sırasında gerekli olduğunda diğer ilgili servislerden de tıbbi destek alınmaktadır.

UYGULANACAK TEDAVİNİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Hastanemizde uygulanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programının tahmini süresi 30-60 dakikadır.

*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.

TEDAVİ UYGULANACAK HASTA/HASTA YAKINI

Tarafıma uygulanacak Fizik Tedavisi hakkında bilgilendirildim.

Tedaviyi Kabul Ediyorum; Adı Soyadı:

TARİH	SEANS	HASTA ADI SOYADI/ İMZA	FZT/FTT ADI SOYADI/İMZA
…./…./202…	1		
…./…./202…	2		
…./…./202…	3		
…./…./202…	4		
…./…./202…	5		
…./…./202…	6		
…./…./202…	7		
…./…./202…	8		
…./…./202…	9		
…./…./202…	10		
…./…./202…	11		
…./…./202…	12		
…./…./202…	13		
…./…./202…	14		
…./…./202…	15		
…./…./202…	16		
…./…./202…	17		
…./…./202…	18		