

Consimțământul pacientului informat

În vederea efectuării serviciilor de medicina complementara si alternativa (integrativa) a evaluărilor biofizice, a terapiilor bioelectromagnetice

Subsemnatul/a având CNP data nașterii
cu domiciliul sector/județ email
telefon ocupația
în calitate de pacient / reprezentant legal al pacientului minor
având CNP

Prin semnarea prezentului consimțământ informat privind efectuarea evaluării biofizice și a terapiilor bioelectromagnetice

- Declar că m-am prezentat din proprie voință, și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unor concluzii și a unui diagnostic biofizic prin utilizarea metodei evaluării biofizice și formularea unui program de terapii alternative și complementare individuale. Subsemnatul, am înțeles faptul că procedurile de testare și terapiile prestate de BIOINTEGRATIV SRL, sunt servicii de medicină integrativă (alternativă și complementară), ca acestea nu se confunda cu medicina clasică/alopată, că evaluarea biofizică nu este o analiză microbiologică, metodele folosite, evaluările și testările efectuate fiind diferite de metodele din medicina clasică (care au la bază analize microbiologice și analize de laborator). Rezultatele obținute sunt sub forma unui diagnostic biofizic;
- Declar că mi s-a adus la cunoștință, prin explicații suficiente într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, procedurile centrului TRANSILVANIA HEALING CENTRE
- Declar că mi s-au explicat etapele, detaliile, efectele și consecințele procedurilor și mi s-a răspuns la orice întrebare sau nelămurire suplimentară.
- Declar că înțeleg și că am fost informat că programările în cadrul centrului se fac într-o anumită ordine în funcție de disponibilitatea personalului.
- Declar că am fost informat cu privire la dreptul clinicii de a-și selecta pacienții în condițiile legii.
- Sunt de acord ca schimbul de informații cu caracter terapeutic între subsemnatul/a și BIOINTEGRATIV SRL sau clinica Transilvania Healing Centre să se desfășoare pe e-mail sau telefonic.
- Mă oblig să aduc la cunoștința personalului centrului toate datele și informațiile care au legătură cu starea mea de sănătate (fizică sau mentală), cum ar fi: istoricul medical ori tratamentul clinic efectuat până în prezent, existența unei boli, a unui handicap, un risc de îmbolnăvire, inclusiv în ceea ce privește existența / absența afecțiunilor psihice, bolilor transmisibile și cronice, existența unui pacemaker, suspiciunile de sarcină, sau orice alt simptom care ar putea avea legătură cu starea mea de sănătate.

- Mă oblig să prezint terapeuților doar informații adevărate și complete, iar în cazul în care nu furnizez toate informațiile de mai sus, subsemnatul îmi asum pe propria răspundere că această lipsă de informare poate afecta eficacitatea și eficiența terapiilor efectuate și a rezultatelor obținute.
- Față de cele de mai sus, îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul informat la efectuarea de către personalul BIOINTEGRATIV SRL, astăzi și la controalele viitoare, a procedurilor clinicii, înțeleg necesitatea acestor terapii pe care doresc să le efectuez, recunoscând faptul că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în privința rezultatului final.
- Mă oblig să respect toate indicațiile oferite și înțeleg că nerespectarea acestora cu strictețe, poate pune în pericol rezultatul final al terapiilor, fapt pentru care specialistul nu este răspunzător.
- Sunt de acord să prezint personalului în cazul în care urmez un tratament în mod uzual, și medicamentele, informațiile, procedurile pe care le urmez/administrez.
- Am fost informat cu privire la faptul că obligațiile asumate de BIOINTEGRATIV SRL, prin reprezentanții săi (respectiv terapeuții) sunt obligații de mijloace și nu de rezultat, astfel că nu se garantează atingerea unui rezultat final, acesta depinzând în mare măsură de strictețea cu care pacientul respectă recomandările.
- Declar că am primit răspunsuri detaliate la toate întrebările adresate, explicații pe care le-am înțeles în totalitate și pe care le consider suficiente pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză.
- Subsemnatul/a, declar că am citit, am înțeles și acceptat pe deplin cele de mai sus, am fost informat referitor la tarifele practicate și ca urmare semnez prezentul consimțământ informat în vederea efectuării evaluării biofizice și a terapiilor, astăzi și la controalele viitoare precum și a prelucrării datelor cu caracter personal și astfel:

☐ **ÎMI EXPRIM ACORDUL pentru prestarea serviciilor de medicină complementară și alternativă (integrativă)**

SAU

☐ **REFUZ prestarea serviciilor de medicină complementară și alternativă (integrativă)**

Nume prenume pacient / Reprezentant legal al pacientului

Semnătură pacient / Reprezentant legal al pacientului minor

Data