

Zgoda na zabiegi elektrostymulacji w terapii
GABINET LOGOPEDYCZNO - PEDAGOGICZNY „AKADEMIA MOWY”

Informacje o pacjencie:

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel.....

Data i miejsce urodzenia.....

1. Diagnoza pacjenta wg orzeczenia, opinii.....
2. Uzyskana zgoda/zaświadczenie o braku przeciwwskazań do podjęcia zabiegów elektrostymulacji (proszę wpisać datę, dane lekarza, wystawiającego zaświadczenie):

...

.....

3. Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii:

Elektrostymulacja aparatem Ecostim 54/Vitalstim

Niniejszym świadomie oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów elektrostymulacji w ramach terapii prowadzonych przez specjalistę:

Marta Czachor ,logopeda, oligofrenopedagog, terapeuta, nauczyciel

Gabinet Logopedyczno-Pedagogiczny „Akademia Mowy,, w Bochni.

Jestem świadoma/świadomy wszelkich powikłań dotyczących terapii, o których zostałam/zostałem poinformowany przez lekarza zezwalającego na zabieg.

.....

.

Data, podpis