

Zgoda na zabiegi elektrostymulacji w terapii logopedycznej

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 (wpisać datę i dane lekarza, wystawiającego zgodę/zaświadczenie)

.....

.....

3. Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:

.....

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii:

Elektrostymulacja aparatem Ecostim54

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów elektrostymulacji w ramach terapii logopedycznej prowadzonych przez specjalistę-logopedę w Gabinetzie terapii logopedycznej ArtykuAACja.

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

Data i podpis