



ИНФОРМИРАНО СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ХОМЕОПАТИЧЕН ПРЕГЛЕД И ХОМЕОПАТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Уважаеми Госпожо/Господине,

Благодарим Ви за доверието, което ни оказвате като посещавате нашия **Медицински Център**. Като членове на Асоциацията на лекарите-хомеопати в България (**АЛХБ**) сме длъжни преди да пристъпим към лечението да Ви информираме какво представлява и какви са възможностите на този терапевтичен метод, наречен **хомеопатия**, какви са особеностите и как протича лечението. За тази цел **АЛХБ** е отпечатала брошура, със съдържанието на която следва да се запознаете. Ако във Вас възникнат въпроси и съмнение, моля, споделете ги с Вашия терапевт, който ще Ви отговори на всичко, което Ви вълнува. Много е важно да бъдете добре информирани и сами да изберете начина, по който да бъдете лекувани.

За да сме сигурни, че Вие сте напълно информирани за начина на протичане на предстоящото лечение

Моля, прочетете внимателно и при съгласие подпишете:

1. Информиран съм, какво представлява хомеопатичното лечение и доброволно избирам да бъда лекуван с този метод.
2. Обяснено ми е, че при необходимост могат да бъдат препоръчани и изисквани допълнителни конвенционални диагностични и лечебни процедури, както и едновременно лечение с алопатични препарати.
3. Известно ми е, че трябва стриктно да се спазват указанията за приемането на хомеопатичните лекарства и ограничения, които изисква лечението.
Уведомен съм, че при хомеопатичното лечение са възможни временни влошавания на симптомите, което представлява лечебна криза и че в такива случаи е необходимо да се консултирам с лекуващия ме лекар-хомеопат.
4. Предоставена ми бе възможност да задавам въпроси относно състоянието ми, алтернативните форми на лечение, относно рисковете, ако лечението не се проведе.
5. Известно ми е, че няма пълни гаранции за резултата от лечението.
6. Информиран съм, че ще бъде запазена конфиденциалността на личната информация, която ще предоставя на лекаря при провеждане на хомеопатичното интервю. Наясно съм, че предписаното от лекаря-хомеопат лечение и неговата ефективност доголяма степен се определя от точността и достоверността на дадената лично от мен (пациента) информация.
7. Считам, че съм получил достатъчно информация и напълно съзнателно и доброволно заявявам, че желая да се лекувам чрез хомеопатия.

Декларирам, че настоящия формуляр ми бе разяснен подробно, че съм го прочел внимателно (че са ми го прочели) и съм наясно със съдържанието му.

Дата, час

Пациент
/трите имена/

Законен представител/подпис/:
/трите имена/

Лекар, дал разяснението:Подпис на лекаря:.....

Прочетено на пациента от:.....
/ако пациентът не е в състояние да го прочете сам/

АКО ПАЦИЕНТЪТ Е НЕДЕЕСПОСОБЕН И НЕ МОЖЕ ДА СЕ ПОДПИШЕ ИЛИ ДА ПОТВЪРДИ СЪГЛАСИЕТО СИ, ИЛИ Е НЕПЪЛНОЛЕТЕН, ФОРМУЛЯРЪТ СЕ ПОДПИСВА ОТ НЕГОВИЯ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ ИЛИ ПОПЕЧИТЕЛ.

1. Пациентът не може да се подпише или да даде съгласието си, защото:.....

2. Връзката ми с пациента е:

И подписах настоящия формуляр от името на пациента и вместо него:./подпис/.....



Анкета на пациента

8.
Име, презиме, фамилия

9.
адрес

10.
Дата на раждане

11.
Телефон,GSM

12.
Ако желаете да получавате информация от нас, моля напишете e-mail адрес

13. От къде знаете за МЦ „Хирон“?

- a. Член на семейството
- b. Познат
- c. Интернет
- d. Друго какво:

Моля, посочете двете имена на човека, който Ви е препоръчал МЦ „Хирон“

.....
Име, фамилия

14. Какъв е поводът да потърсите нашия холистичен център ?

- a. Здравословен проблем
- b. Профилактика
- c. Диагностика
- d. Обучение

15. Спазвате ли хранителни режими ? ..да.. ..не..

.....
Моля, посочете каква системата практикувате и честота на повтаряемост

.....

16. Ползвате ли хранителни добавки ? ..да.. ..не..

.....

Моля, посочете на коя фирма и какво

.....