

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Szanowna Pacjentko/Pacjencie.

Problem, z którym Pan/Pani się zgłosiła do fizjoterapeuty jest problemem, który może być związany z zaburzeniem funkcjonalnym mięśni dna miednicy. Zalecana jest dokładna i profesjonalna diagnostyka w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczno-treningowy dostosowany do indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, zalecane jest przeprowadzenia badania przezpochwowego i/lub badania przezodbytniczego. Tylko dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności. Może także zaistnieć potrzeba uzupełnienia badania o badanie aparaturowe (USG, EMG).

Możliwe dolegliwości związane z terapią przez pochwę/odbyt

- Bolesność, tkliwość okolicy badanej
- Dolegliwości bólowe okolicy podbrzusza
- Podrażnienie śluzówki pochwy/odbytu
- Przejściowo zwiększona ilość wydzieliny

Ze względów natury prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie przezpochwowe / przezodbytnicze.

Fizjoterapeutka przeprowadziła ze mną osobistą rozmowę, podczas której otrzymałam:

- wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania przezpochwowego / przezodbytniczego,
- miałam możliwość zadania wszelkich pytań,
- wyraziłam dobrowolną zgodę na badanie oraz terapię mnie przez pochwę / odbyt
- nie miałam i nie mam żadnych więcej pytań.

| Data | Podpis pacjenta |
|------|-----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |