

Informovaný súhlas

Meno pacienta:

Dátum narodenia:

Bol som poučený a informovaný podľa zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti § 6 o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti a **svojím podpisom** potvrdzujem svoj súhlas s danou procedúrou.

Zároveň prehlasujem, že som bol oboznamený s indikáciami a kontraindikáciami danej procedúry.

INDIKÁCIE	KONTRAINDIKÁCIE
<i>Terapeutické využitie lymfodrenáže je veľmi rozsiahle:</i>	
<i>opuchy pri postihnutí lymfatického systému</i>	<i>malígne ochorenia, gravidita</i>
<i>opuchy po zápale žíl</i>	<i>akútne bakteriálne alebo vírusové ochorenie</i>
<i>posttrombotický syndróm</i>	<i>opuchy spôsobené ochorením obličiek, pečene a srdca</i>
<i>chronická venózna insuficiencia</i>	<i>akútne žilové ochorenie, stav po hlbokom zápale žíl</i>
<i>liečba bércových vredov</i>	<i>nejasné brušné ťažkosti</i>
<i>prevencia hlbokej žilnej trombózy pre chirurgických pacientov</i>	<i>opuchové stavy nejasnej príčiny</i>
<i>rehabilitácia poúrazových stavov spojených s opuchom</i>	<i>ischemická choroba srdca, stav po srdcovej nedostatočnosti, stav po embolizácii</i>
<i>opuchy spôsobené funkčným opotrebovaním</i>	<i>poruchy krvnej zrážanlivosti</i>

V Bratislave, dňa

Podpis pacienta: