

## Zgoda na zabiegi elektrostymulacji aparatem Ecostim54

### Informacje o stanie zdrowia dziecka

Imię i nazwisko pacjenta .....

Pesel.....

1. Diagnoza pacjenta wg orzeczenia, opinii.....

2. Czy pacjent przebył zabiegi operacyjne? Jakież? Kiedy?.....

3. Pacjent ma wszczepiony:

rozrusznik serca: TAK/NIE; endoprotezę: TAK/NIE; Implant ślimakowy: TAK/NIE

4. Czy pacjent ma rozpoznaną chorobę nowotworową: TAK/NIE

5. Leki zażywane przez pacjenta: .....

6. Inne uwagi dotyczące stanu zdrowia:.....

### Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii:

#### Elektrostymulacja aparatem Ecostim54

Niniejszym świadomie oświadczam, że podałam/ podałem wyczerpująco wszystkie informacje dotyczące mojego/dziecka stanu zdrowia i zapoznałem się z wytycznymi dotyczącymi terapii.

Data i podpis