SAMTYCKESBLANKETT – NOVOCHAIR

EMS-baserad bäckenbottenträning

01. KUNDUPPGIFTER

Namn: _____ E-post: _____

Födelsedatum/personnummer (om tillämpligt): _____ Telefonnummer: _____

02. INFORMATION OM BEHANDLINGEN

NovoChair är en icke-invasiv EMS-behandling med fokus på bäckenbottenmuskulaturen. EMS står för elektrisk muskelstimulering och aktiverar musklerna genom rytmiska muskelkontraktioner. Behandlingen kan vara relevant för bland annat:

- Bäckenbotten efter graviditet eller förlossning
- Bäckenbottenhälsa
- Bäckenbottenträning
- Intimhälsa och funktion
- Bäckenbottenfunktion, prostatarelaterade besvär eller erektil funktion
- Urinläckage vid hosta, skratt, träning eller trängningar

Behandlingen ersätter inte medicinsk vård, undersökning, diagnostik eller behandling.

03. FÖRVÄNTAT BEHANDLINGSFÖRLOPP, RESULTAT & EFTERVÅRD

Jag har informerats om att:

- Behandlingen kan kännas som vibrationer, pirrningar och tydliga muskelkontraktioner i behandlingsområdet.
- Behandlingen ska inte vara smärtsam och intensiteten kan anpassas efter min komfortnivå.
- Resultat och individuella upplevelser kan variera.
- För mer långsiktiga resultat rekommenderas vanligtvis en behandlingskur enligt klinikens rekommendationer.
- Tillfällig muskeltrötthet, ömhet, pirrningar, krampkänsla eller obehag kan förekomma.
- Jag omedelbart ska informera behandlaren om jag upplever smärta, yrsel, obehag, hjärtklappning, illamående eller någon annan ovanlig reaktion.
- Jag ska kontakta kliniken eller vårdgivare om jag upplever en oväntad reaktion efter behandlingen.

04. VIKTIG INFORMATION & KONTRAINDIKATIONER

Vid kopparspiral ska behandling inte genomföras. Övriga tillstånd kräver medicinsk bedömning:

- Graviditet
- Epilepsi
- Genital piercing
- Pacemaker eller implanterbar defibrillator
- Aktiv cancersjukdom utan läkares godkännande
- Aktiv infektion eller feber
- Känd hjärtsvikt eller betydande hjärtsjukdom
- Hjärnskada eller tidigare hjärnoperation
- Smärta, sår eller svullnad i behandlingsområdet
- Nyligen genomförd operation i eller nära behandlingsområdet
- Metalliska eller elektroniska implantat inom 10 cm från behandlingsområdet
- Läkemedelspump eller annan aktiv implanterad medicinteknisk produkt
- Stroke eller hjärninfarkt under de senaste 6 månaderna

05. HÄLSODEKLARATION

Kryssa i de alternativ som stämmer in på dig:

- ☐ Graviditet
- ☐ Kopparspiral
- ☐ Genital piercing
- ☐ Epilepsi
- ☐ Pacemaker eller implanterbar defibrillator
- ☐ Aktiv cancersjukdom utan läkares godkännande
- ☐ Aktiv infektion eller feber
- ☐ Känd hjärtsvikt eller betydande hjärtsjukdom
- ☐ Hjärnskada eller tidigare hjärnoperation
- ☐ Smärta, sår eller svullnad i behandlingsområdet
- ☐ Nyligen genomförd operation
- ☐ Metalliskt eller elektroniskt implantat inom 10 cm från behandlingsområdet
- ☐ Läkemedelspump eller annan aktiv implanterad medicinteknisk produkt
- ☐ Stroke eller hjärninfarkt under de senaste 6 månaderna
- ☐ Annat relevant hälsotillstånd: _____

06. SAMTYCKE

Jag bekräftar att:

- Jag har fått både skriftlig och muntlig information om behandlingen.
- Jag har informerats om det förväntade behandlingsförloppet och förstår att resultaten kan variera.
- Jag har informerats om möjliga risker, biverkningar och obehag.
- Jag har informerats om tillstånd som kan göra behandlingen olämplig för mig.
- Jag har fått information om rekommendationer efter behandlingen och när jag bör kontakta kliniken eller vårdgivare.
- Jag har haft möjlighet att ställa frågor om behandlingen.
- Jag har lämnat korrekta och fullständiga uppgifter i hälsodeklarationen.
- Jag ansvarar för att informera kliniken om eventuella förändringar i min hälsa inför framtida behandlingar.
- Jag förstår att behandlingen inte ersätter medicinsk vård, diagnostik eller behandling.
- Jag samtycker frivilligt till att genomgå behandlingen.
- Jag samtycker till att kliniken dokumenterar min behandling i enlighet med sina interna rutiner och tillämplig dataskydds- och integritetslagstiftning.

07. UNDERSKRIFTER

KUND

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

KLINIK / BEHANDLARE

Klinik / verksamhet: _____

Behandlare: _____

Underskrift: _____

Datum: _____