



## טופס הסכמה לטיפול

אוסטאופתיה היא שיטת טיפול פארה-רפואית מבוססת מגע, הרואה את הגוף כיחידה אחת. מטרתה לטפל במקור הבעיה ולעזור בשיכוך הכאב ע"י שיפור תנועתיות הגוף ותפקודן התקין של מערכותיו השונות. השיטה מתבססת על העקרונות הבאים:

- הגוף הוא יחידה פונקציונלית אחת
- לגוף היכולת לרפא את עצמו
- מבנה הגוף שולט בתפקודו
- שמירה על זרימת דם חופשית והולכה עצבית תקינה

האוסטאופת מטפל במפרקי השלד והשרירים, בעמוד השדרה, הצלעות ובגולגולת, וכן בתוך הגוף, באיברים הפנימיים, במערכת הדם והלימפה, במערכת העצבים וברקמות הרכות המחוברות ביניהם. בראשית האבחון, מתקיים ראיון רפואי אשר במהלכו תתבקש/י לתת את כל האינפורמציה הרפואית הנדרשת. האבחון והטיפול נעשים בבגוד מינימלי המאפשר אבחון חופשי לעמוד השדרה ומפרקי הגוף (כגון, תחתון וחזייה או חזיית ספורט ומכנס קצר). האבחון כולל הסתכלות ובחינת היציבה של המטופל, תנוחת מפרקיו ואיכות תנועותיו. הטיפול נעשה בשכיבה, בישיבה, בעמידה ולפעמים בתנועה וכולל טכניקות ידניות שונות לטובת האבחון והטיפול. הטיפול עשוי לכלול עבודה ברקמות של אזור רצפת האגן וקדמת החזה וכן שאר אזורי הגוף. הטיפול עשוי גם לכלול עבודה בתוך חלל הפה לצורך טיפול בעצמות החך עם כפפות חד פעמיות.

בזמן הטיפול, האוסטאופת/ית, חבר/ת האיגוד, מכבד/ת את המטופל/ת וכפוף להנחיות הקוד האתי של האיגוד הישראלי והאירופאי.

עלות הטיפול ניתנת לברור מוקדם ומשך הטיפול הראשון הנו ארוך יותר ועשוי לנע בין 60-90 דקות.

### **זכויותיך כמטופל/ת**

- במידה והנך חש/ה אי נוחות מטכניקה מסוימת במהלך הטיפול, המטפל/ת מתחייב/ת להתאים את הטכניקות לבקשתך.
- שמורה לך הזכות לבקש מהמטפל/ת להפסיק כל טכניקה או לסרב לטיפול לחלוטין ללא כל השלכות בכל שלב.
- ניתנת לך ההזדמנות לשאול שאלות על פרוטוקול האבחון/טיפול ולקבל תשובות מספקות בנידון בכל מהלך הטיפול.
- תימסר לך האינפורמציה המתאימה לגבי תופעות לוואי אפשריות שעלולות להתרחש כתוצאה מטיפול זה.
- כל המידע הינו חסוי ושום מידע מזהה לא יפורסם. כל אינפורמציה עליך תשמר לעיניו/ה של המטפל/ת בלבד, אלא אם כן נתת רשות בכתב לשתף רופאים או מטפלים אחרים במידע אודותיך בכדי לשפר את תוצאות הטיפול.
- מומלץ לוודא כי המטפל/ת הנו חבר איגוד "רשימת האוסטאופתים בישראל".

הערה: במידה והמטופל הינו חסר ישע או קטין, הוא חייב בליווי מבוגר (אפוטרופוס).

### הצהרה

הנני מצהיר כי קראתי את הכתוב מעלה ומסכים לקבל את הטיפול המוצע.

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_