



同意書

我謹此自願同意接受 Andrew Wu L.Ac Inc. 的針灸,中醫中藥和東方醫學的治療。

(名字) _____ 針灸,以被美國加州政府承認,我了解中醫針灸醫生所使用的針是一次性,使用無菌針插入皮膚,或使用艾草灸熱導入皮膚某些點或體表皮膚附近,以進行治療身體功能障礙或疾病,改善或緩解患者的疼痛,促進機體的生理功能正常化。針灸已被美國政府機構承認是安全的治療方法,但是可能導致某些副作用,包括(但不僅限於):局部青紫,輕微出血,頭暈,暫時昏厥,疼痛或不適,和針灸治療前的症狀相比可能暫時惡化,但之後會好。我了解針灸治療沒有100%保證效果,我可以在任何時候停止針灸治療。

(名字) _____ 懷孕:我同意,如果我已懷孕或在試圖懷孕,我會事先告知醫師,所以醫生可以避免任何可能誘發流產的針灸穴位和草藥,我也了解中醫治療可對懷孕和分娩過程十分有利。

(名字) _____ 中藥內服:我了解醫生開處方的中醫中藥目的用以治療身體功能障礙或疾病,改善或緩解患者的疼痛,和促進機體的生理功能正常化。我了解我有權拒絕,但如果我決定採取,我必須遵循醫生建議的方法和服用量。我知道用這些物質可能導致某些副作用,包括(但不僅限於):排便習慣的變化,腹痛或腹部不適,暫時噁心和嘔吐,以及與治療前相比症狀暫時惡化,但之後會好。如果我經歷與中藥藥材治療有關的任何問題,我會立即暫停服用,並盡快聯繫醫生。

(名字) _____ 穴位按摩,推拿按摩,氣功:我了解醫生可能會推薦給我穴位按摩,推拿按摩或氣功以治療身體功能障礙或疾病,修改或防止疼的感知,和促進機體的生理功能正常化。我知道,這種治療可能會導致副作用,包括(但不僅限於):青紫,肌肉痠痛或疼痛,和治療前相比的症狀暫時惡化。我明白,我感覺不適時可以隨時要停止治療。

(名字) _____ 拔罐,刮痧,針刺放血療法:我了解醫生可能會推薦給我拔罐(通過物理的刺激和負壓促進血液循環,激發精氣),刮痧(用邊緣光滑的刮痧板,在身體的施治部位上順序重複刮動),放血治療(刺破淺表血管,放出少量血液)以治療身體功能障礙或疾病,修改或防止疼痛的感知,和促進機體的生理功能正常。我知道,這些治療會造成輕微的瘀傷,雖然不雅觀,一般都不會痛苦。然而這種治療可能導致副作用,包括(但不僅限於):青紫,肌肉痠痛或疼痛,和治療前的症狀相比可能暫時惡化,但之後會好。我明白,我可以在任何時候以任何理由拒絕或停止治療。

(名字) _____ 學員治療:我了解,針灸學員可能在 Andrew Wu L.Ac. 監督下執行治療,由針灸學員執行治療之前,病人將先被學員口頭通知並請求病人許可。我明白,我可以以任何理由拒絕由針灸學員執行治療。

(名字) _____ 我了解可能有另外其他治療方法,包括任何由執照醫生提供的治療。

我不期望 Andrew Wu L.Ac. 能夠預測和解釋所有可能的風險和併發症。我已仔細閱讀並理解所有上述訊息,充分了解並署這份文件。我了解我會向醫生要求更詳細的解釋。我了解,我的記錄將被保密,亦不會在未經本人的書面同意下公開(除非在緊急情況下或法律需求)。我現在同意接受治療。

簽名 _____

日期 _____

姓名 _____

出生日期 _____