

### **Consent formulier voor dry needling therapie**

Ik, de ondergetekende, geef hierbij mijn vrijwillige toestemming voor de toepassing van dry needling technieken. Deze technieken worden toegepast door dhr. C.W.M. Putters, orofaciaal fysiotherapeut. Dry needling technieken zijn uitgelegd als een (para )medische behandeling door het inbrengen van speciale gesteriliseerde fijne naalden op specifieke plaatsen en door de huid heen in de onderliggende weefsels met als doel het verlichten van pijn, verbeteren van de beweeglijkheid en andere klinische condities.

**Ik ben er op gewezen dat er mogelijk complicaties kunnen optreden; deze kunnen onder meer bestaan uit:**

- Infecties (zeldzaam)
- Bloedingen en blauwe plekken
- Pijn en ongemak
- Vermoeidheid, zwakte, flauwvallen
- Vegetatieve verschijnselen zoals zweten en misselijkheid
- Verergering van de symptomen gedurende kortere tijd
- Pneumothorax (klaplong) of een ander orgaan wat aangeprikt wordt

**Verder verklaar ik dat er geen sprake is van de volgende condities:**

- Zwangerschap
- Pacemaker
- Heparine injecties
- Anti-stollings medicatie en bloedstollingsziekte / bloedingsproblematiek
- Lokale infecties en/of systeem infecties
- Gewrichtsoperatie, kunstmatige hartklep, klierresectie / oedeem en verminderd afweersysteem.
- Tumor
- Huid- of metaalallergie

Ik ga hierbij akkoord om aan deze behandeling mee te doen. Tevens verklaar ik hierbij dat ik bovenstaande tekst heb begrepen en de risico' s zijn uitgelegd.

Naam:

Datum:

Handtekening :