**Zgoda na badanie z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej oraz badanie przezpochwowe**

Problem, z którym zgłosiła się Pani do fizjoterapeuty, dotyczy zaburzenia funkcjonalnego dna miednicy, który jest problemem intymnym i wymaga specjalistycznej diagnostyki. W celu postawienia właściwego rozpoznania, niezbędne jest przeprowadzenie dokładnego badania, które pozwoli na opracowanie indywidualnego programu terapeutycznego dostosowanego do Pani potrzeb.

Badanie przezpochwowe umożliwia precyzyjną ocenę stanu mięśni oraz tkanek w obrębie miednicy. Dzięki dokładnej diagnostyce będzie możliwe zaplanowanie skutecznej terapii, udzielenie rzetelnych informacji dotyczących postępów oraz monitorowanie efektywności leczenia. Badanie umożliwi również ocenę stanu śluzówki pochwy oraz innych tkanek w obrębie miednicy, co jest kluczowe dla stworzenia skutecznego planu leczenia.

**Możliwe dolegliwości związane z terapią przezpochwową:**

Po przeprowadzeniu badania przezpochwowego mogą wystąpić następujące dolegliwości, które są naturalnym efektem terapeutycznym:

* Bolesność lub tkliwość okolicy badanej,
* Dolegliwości bólowe w okolicy podbrzusza,
* Przejściowe podrażnienie śluzówki pochwy,
* Zwiększona ilość wydzieliny z pochwy (przejściowa).

Te objawy zazwyczaj ustępują w ciągu kilku godzin po zakończeniu badania. W razie jakichkolwiek obaw, zaleca się kontakt z fizjoterapeutą, który udzieli odpowiednich wskazówek.

**Zgoda na badanie:**

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego z zakresu uroginekologii, w tym badania przezpochwowego w celu oceny stanu mięśni dna miednicy oraz innych tkanek. Zostałam poinformowana o celu badania, możliwych dolegliwościach oraz przebiegu terapii. Oświadczam, że moje pytania zostały wyczerpująco odpowiedziane i rozumiem, jak ważne jest przeprowadzenie tego badania w procesie leczenia.

Oświadczam, że udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić fizjoterapeutę.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis pacjentki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_