

## Potilaan omakohtainen suostumus otsoniterapiahoitoihin

Suomen otsoniterapian käyttämät hoitajat ja lääkärit ovat Terveysturvakeskuksen (TEO) rekisteröimiä terveydenhuollon ammattilaisia. Itse otsoniterapia ei kuitenkaan ole Suomessa yleisesti hyväksytty hoitomuoto. Tämän vuoksi hoitoja ei anneta terveydenhuollon ammattihenkilön ominaisuudessa. Useimmat hoitomuodot **kuitenkin** ovat sellaisia, että niiden antaminen vaatii koulutetun ammattilaisen ammattitaitoa. **Suomen otsoniterapialle** antamassaan lausunnossa Terveysturvakeskus toteaa seuraavaa:

"Terveysturvakeskus toteaa että monet terveydenhuollon ammattilaiset antavat myös vaihtoehtohoitoja. Tällöin henkilön on informoitava asiakasta siitä, että kyseinen "hoitomuoto" ei ole näyttöön perustuvaa hoitoa eikä sitä ole yleisesti hyväksytty Suomessa käytettäväksi eikä henkilö anna sitä terveydenhuollon ammattihenkilön ominaisuudessa. Asiakkaan on ymmärrettävä selvitys ja annettava Suostumuksensa hoidolle."

Vaikka otsoniterapiasta on tehty lukuisia tutkimuksia, pääosin hyvin positiivisin tuloksin, Suomen terveysturvakeskukset eivät ole niitä arvioineet. Siksi **otsoniterapia ei ole Suomessa näyttöön perustuvaa lääketiedettä**. Tämän vuoksi noudatamme **poikkeuksetta** TEO:n lausunnossaan antamaa ohjeistusta. Siksi pyydämme potilasta allekirjoittamaan tämän kaavakkeen, jossa potilas vakuuttaa ymmärtävänsä seuraavat asiat:

- Otsoniterapia ei ole näyttöön perustuvaa lääketiedettä Suomessa. Suomen terveysturvakeskukset eivät ole arvioineet otsoniterapiasta tehtyjä tutkimuksia eikä hoidoista saa mitään korvauksia.
- Hoitohenkilökunta ei anna hoitoa terveydenhuollon ammattihenkilön ominaisuudessa.
- Suostun hoitoihin omalla vastuullani ja olen itse vastuussa, mikäli hoidoista aiheutuu odottamattomia negatiivisia sivuvaikutuksia.
- Hoitajat ja lääkärit ovat vastuussa ainoastaan siinä tapauksessa, mikäli he huolimattomuuttaan tekevät selkeitä hoitovirheitä.

Vakuutan ymmärtäväni edellä mainitut seikat ja suostun hoitoihin omalla vastuullani:

*Paikka ja*

*päivämäärä:* \_\_\_\_\_

*Allekirjoitus ja*

*nimen selvennys:* \_\_\_\_\_

Tämä lomake allekirjoitetaan kahtena kappaleena, joista toinen jää potilaalle ja toinen hoitohenkilökunnalle.