

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL pacjenta: _____

Rodzaj świadczenia zdrowotnego: konsultacja fizjoterapeutyczna, terapia manualna, masaż leczniczy, kinezyterapia - rehabilitacja ruchowa, diagnostyka biomechaniczna oraz poradnictwo prozdrowotne.

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu.

- 1. Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego:**

Przeciwwskazania	TAK	NIE
Choroby reumatyczne		
Aktywne choroby nowotworowe		
Infekcje przebiegające z gorączką powyżej 38 stopni Celsjusza		
Niewydolność serca (III, IV stopień według NYHA)		
Ciężkie postaci astmy		
Borelioza (również w przeszłości)		
Inne (wymień):		

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

2. Możliwe odczucia pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

bolesność miejsc poddanych terapii, możliwość promieniowania lub rzutowania bólu do miejsc odległych od poddawanych terapii.

3. Możliwe do przewidzenia reakcje organizmu pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

czasowe zwiększenie objawów do 4 -5 dni po zabiegu, zwiększona wrażliwość miejsc poddanych terapii, możliwe wystąpienie zaczerwienienia i siniaków w miejscach poddanych terapii.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem poinformowany/-a o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane.

Mam możliwość zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach stanu zdrowia.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

Data i podpis fizjoterapeuty

Upoważnienie do udzielenia informacji o stanie zdrowia, do dokumentacji medycznej

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL

■ Dane osoby upoważnionej:

Nazwisko: Imię: PESEL

tel. Adres zamieszkania.....

Działając na podstawie art.9 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2018 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz.1318 z późn. zm.) w związku z §8 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz.2069)

☐ upoważniam wyżej wymienioną osobę

☐ nie upoważniam nikogo

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

data i czytelny podpis