ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

Nazwisko i imię pacjenta:.....Data ur.....

PESEL:.....Płeć: M K

Adres zamieszkania:.....

Nazwisko i imię rodzica/przedstawiciela ustawowego:.....

Adres rodzica/przedstawiciela ustawowego:.....

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego:.....

.....

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

1. **Istotne choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego:**

Przeciwwskazania	TAK	NIE
infekcje lokalne nieswoiste		
czynna gruźlica		
zakrzepowe zapalenie żył		
świeży stan po zawale		
ciąża i okres karmienia piersią		
wysoka gorączka		
krwawienia		
stres, uogólnione choroby wirusowe, bakteryjne i grzybicze		
nadczynność tarczycy		
osteoporoza		
cukrzyca nieuregulowana		
choroby psychiczne		
choroba nowotworowa		
tętniaki		

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwskazania niewymienione w tabeli.....

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

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

.....

(uzasadnienie odmowy)

.....

Data oraz pieczątka i podpis fizjoterapeuty

Js-Bd-19k Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

2.Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

.....

3.Możliwe odczucia pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

.....

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

.....

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 zaleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem/-am 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. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

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

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

5. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

6. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....
Data oraz pieczątka i podpis fizjoterapeuty