

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę¹

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL pacjenta:

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

Przeciwwskazania	TAK	NIE
CHOROBA NOWOTWOROWA		
NAGŁA UTRATA MASY CIAŁA		
NARASTAJĄCE OSŁABIENIE		
GORĄCZKA LUB STAN PODGORĄCZKOWY		
BÓL W RYTMIE DOBOWYM OPISYWANY JAKO STAŁY		
OBRZĘK JEDNEGO LUB WIĘCEJ STAWÓW		
NIEZDIAGNOZOWANY URAZ W WYWIADZIE		
ŚWIEŻY LUB/I POSTĘPUJĄCY NIEDOWŁAD OBWODOWY		
NIETRZYMANIE MOCZU LUB/I STOLCA		
ZABURZENIA NAPIĘCIA MIĘŚNIOWEGO		
ZABURZENIA ZBORNOŚCI RUCHOWEJ BEZ WYJAŚNIONEJ PRZYCZYNY		
ZABURZENIA RÓWNOWAGI I KRÓTKOTRWAŁE UTRATY ŚWIADOMOŚCI		
NAGLE LUB ŚWIEŻO POJAWIAJĄCE OPADANIE KĄCIK UST, PROBLEMY Z MÓWIENIEM		
PIERWSZOPLANOWANE LUB WSPÓŁISTNIEJĄCE DOLEGLIWOŚCI BOLOWE OKOLICY JAMY BRZUSZNEJ LUB ZA MOSTKOWEJ		
NADCIŚNIENIE 160/95 NISKIE CIŚNIENIE 90/50 TĘTNO 100 UD/MIN 50 UD/MIN		
NIESTABILNOŚĆ EMOCJONALNA, LABILNOŚĆ NASTROJU, SILNY CZYNNIK STRESU I / LUB IZOLACJA SPOŁECZNA		
STRACH, OBAWA, POCZUCIE LĘKU, DEPRESJA , INNE ZABURZENIA PSYCHICZNE		
CIAŻA		
ELEMENTY METALOWE W CIELE		

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

.....
...

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej.

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

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

.....
(uzasadnienie odmowy)

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty

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. 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 świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu 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 pieczętka i podpis fizjoterapeuty