

.....
pieczętka

Zgoda na wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....
...
data urodzenia

Oświadczenie pacjenta:

1. W okresie ostatnich 10 lat byłem leczony(a):

- na choroby nowotworowe TAK NIE
 - przebyłem(am) zabiegi operacyjne (jeśli tak, opisać jakie)
-

2. Obecnie leczone choroby:

.....
.....

3. Inne warunki istotne dla procesu rehabilitacji:

- ciąża
- rozrusznik serca
- zaburzenia rytmu serca (np. częstoskurcze, migotanie przedsionków, itp.):
- zespolenia metalowe lub inne implanty:
- choroby zakaźne (HIV,WZW,inne)
- osteoporoza
- inne:

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych:

- badania i testy fizjoterapeutyczne TAK NIE
- zabiegi fizjoterapeutyczne TAK NIE
- terapia osteopatyczna TAK NIE

Oświadczam, że:

- Zrozumiałem(am) pytania zawarte w pkt.1-3, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.
- Zostałem zapoznany(a) w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu terapii z:
- przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów,
- dającymi się przewidzieć następstwami ich wykonania lub zaniechania.
- Zobowiązuję się zgłosić terapeutce każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.
- Przyjmuję wszelką odpowiedzialność za ryzyko ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania nieprawdziwych bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

Upoważniam Pana(ią):

.....
 zam:tel:

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| • do informacji o stanie zdrowia | TAK | NIE |
| • dostępu do dokumentacji medycznej | TAK | NIE |

.....
 data i podpis pacjenta (i/lub opiekuna *)

*Uprawnieni do podpisu: pacjent dorosły, pacjent osobiście lub jego opiekun prawny w wieku 16-18 lat, pacjent oraz opiekun ustawowy lub prawny w wieku do 16 lat, wyłącznie opiekun ustawowy lub prawny

Pouczenie

1. Możliwymi powikłaniami lub skutkami ubocznymi po zabiegach fizjoterapeutycznych mogą być: nasilenie objawów nie dłużej niż do tygodnia od terapii, bóle i zawroty głowy, ogólne rozbitcie organizmu w tym gorączka, biegunka, zaczerwienienia, wynaczynienia, krwiaki na skórze, zwiększona tkliwość w miejscu wykonywania zabiegu, zapalenie mieszków włosowych, alergia na klej zawarty w tejpach i inne.

2. Pacjentowi małoletniemu zabiegi mogą być wykonywane bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie.