



Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez Fizjobobo.

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL pacjenta:

.....

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego: Zajęcia fizjoterapeutyczne

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu. Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

Przeciwwskazania	Tak	Nie
Podwyższona temperatura ciała		
Choroba zakaźna		
Ciężka wada serca		
Stan po szczepieniu		
Choroba pasożytnicza		
Stan chorobowy		

Czy występują problemy z:

Problemy	Tak	Nie	Jakie
Neurologiczne			
Nefrologiczne			
Okulistyczne			
Audiologiczne			
Genetyczne			

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

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

.....
.....

..... Data oraz pieczętka i
podpis fizjoterapeuty

1. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

Proszę o przyniesienie pełnej dokumentacji medycznej.

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

Możliwości płaczu dziecka, narośnięcie strachu i niepokoju, istnieje możliwość pogorszenia snu w nocy, istnieje możliwość powstania siniaków.

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

Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

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

Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

..... Data oraz pieczętka
i podpis fizjoterapeuty