

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

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 udzielania świadczenia zdrowotnego

PRZECIWWSKAZANIA	TAK	NIE

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli

Oświadczam, że udzieliłem 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 pieczętka i podpis fizjoterapeuty

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 i zrozumiałem, uzyskałem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałem poinformowany o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zaleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem poinformowany 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

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

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

6. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego

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

7. Zapoznałem się i akceptuję regulamin organizacyjny wraz z załącznikami Praktyki Fizjoterapeutycznej Aktywna Fizjoterapia, prowadzony przez Fizjoprojekt Maciej Rywacki.

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

8. Zapoznałem się i akceptuję klauzulę obowiązku informacyjnego w celu objęcia mnie świadczeniem zdrowotnym przez Praktykę Fizjoterapeutyczną Aktywna Fizjoterapia, prowadzoną przez Fizjoprojekt Maciej Rywacki

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

9. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę

.....
Data i czytelny podpis fizjoterapeuty