

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

Imię i nazwisko pacjenta:

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego: Świadczenie fizjoterapeutyczne

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego / mojego dziecka zdrowia - zgodnie z przeprowadzonym wywiadem fizjoterapeutycznym. Przyjmuję do wiadomości, że zawarte w wywiadzie dane są danymi poufnymi.

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

Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego: strój sportowy, dokumentacja medyczna

Możliwe do przewidzenia reakcje organizmu pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

W przypadku Fascial Manipulation wg Stecco - uogólniony stan zapalny organizmu (np. podwyższona temperatura ciała, uczucie ogólnego rozbicia, ból w obrębie opracowywanych tkanek , zaczerwienienie skóry itp.)

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim/mojego dziecka 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.

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

Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym pacjenta, którego dane wskazałem/am powyżej. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnie z prawdą zobowiązuję się ponieść wszelką odpowiedzialność, w szczególności odpowiedzialność finansowo-odszkodowawczą z tego tytułu.

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

Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającej zgodę.

.....
Data podpis fizjoterapeuty

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu
na:

..... Data i podpis fizjoterapeuty