STREFA TERAPII
TOMASZ MAKOWSKI

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: ……

PESEL PACJENTA: ……

FIZJOTERAPEUTA. : Tomasz Makowski

RODZAJ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO: fizjoterapia i osteopatia

Proszę przeczytać formularz i starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania:

1. **Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi poprzez postawienie znaku „X" przy odpowiednim polu:**

	PRZECIWWSKAZANIA	TAK	NIE
1	CHOROBA NOWOTWOROWA W REJONIE AKTUALNYCH DOLEGLIWOŚCI		
2	PATOLOGIE NACZYNIOWE (TĘTNIAK, NIEWYDOLNOŚĆ LUB ROZWARSTWIENIE TĘTNIC KRĘGOWYCH)		
3	ŻYLNA CHOROBA ZAKRZEPOWO-ZATOROWA		
4	INFEKCJA (GORĄCZKA, KATAR, KASZEL, WYMIOTY, NUDNOŚCI)		
5	PADACZKA (JEŚLI NIE LECZONA)		
6	CIĄŻA W PIERWSZYM TRYMESTRZE (TYLKO ZA ZGODĄ LEKARZA PROWADZĄCEGO), CIĄŻA ZAGROŻONA		
7			

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, pieczątka i czytelny podpis fizjoterapeuty

2. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego

Pacjent zostanie poproszony o zdjęcie ubrania w celu przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej oraz zabiegu, w związku z czym proszę o przygotowanie wygodnej i niekrępującej bielizny.
Proszę również o skorzystanie z toalety na chwilę przed rozpoczęciem wizyty.
Nie zaleca się także spożywania posiłków na 1-2 godziny przed wizytą.

3. Możliwe odczucie pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

W trakcie zabiegu pacjent może odczuwać dyskomfort lub ból związany z mobilizacją bolesnych tkanek miękkich oraz stawów. W przypadku silnych odczuć bólowych oraz odczucia niepokoju z tym związanego proszę niezwłocznie o tym poinformować. Może również wystąpić zaczerwienienie tkanek, przyśpieszenie tętna oraz podwyższenie ciśnienia krwi. W rzadkich przypadkach pacjent może czuć się zmęczony lub odczuwać zimno/ciepło. U bardzo niewielkiej grupy osób może dojść do omdlenia.
Po zakończeniu zabiegu pacjent może także odczuć znaczne zmniejszenie lub całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych, z którymi przyszedł na wizytę.

4. Możliwe do przewidzenia powikłania u pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

- 2-3 dniowe nasilenie bólu tkanek miękkich i stawów poddawanych zabiegowi
- zwiększona tkliwość tkanek, poprzez które wywierany był nacisk lub ciąg podczas mobilizacji tkanek miękkich i stawów
- okresowe zawroty głowy, ból głowy, nudności, uczucie rozbicia

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 wszystkim 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, pieczątka i czytelny podpis fizjoterapeuty