

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę¹

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 udzielenia świadczenia zdrowotnego:

Przeciwwskazania	TAK	NIE

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

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:

.....
(uzasadnienie odmowy)

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty

¹ Formularz może być wykorzystywany przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą. W takim przypadku zgoda dotyczy czynności zawodowych fizjoterapeuty wykonywanych w podmiocie, który nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

2. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

.....

3. Możliwe odczucie pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

.....

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

.....

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

5. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

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

6. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty