FIZJOTERAPIA ZIĘTY

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: ……

PESEL : …….

FIZJOTERAPEUTA: Katarzyna Zięty nr PWZF 33327

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
1	INFEKCJA (GORĄCZKA, KATAR, KASZEL, WYMIOTY, NUDNOŚCI,)		
2	OWRZODZENIA, OTWARTE RANY, INFEKCJA SKÓRY (OKOLICY ZABIEGOWEJ)		
3	CZYNNA CHOROBA NOWOTWOROWA		
4	PADACZKA		
5	ŻYLNA CHOROBA ZAKRZEPOWO-ZATOROWA		
6	PATOLOGIE NACZYNIOWE (TĘTNIAK, NIEWYDOLNOŚĆ LUB ROZWARSTWIENIE TĘTNIC KRĘGOWYCH)		
7	CIĄŻA ZAGROŻONA LUB I TRYMESTR (POTRZEBNA ZGODA LEKARZA PROWADZĄCEGO)		

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 pieczątka i podpis fizjoterapeuty

2. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

Pacjent może zostać poproszony o zdjęcie ubrania w celu przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej oraz zabiegu, w związku z czym należy przygotować wygodny i niekrępujący strój zmienny lub pozostać w bieliźnie. Warto również skorzystać 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 pracą na tkankach miękkich oraz w stawach. W przypadku silnych odczuć bólowych oraz odczucia niepokoju z tym związanego należy niezwłocznie o tym poinformować fizjoterapeutę. 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. Podczas lub tuż po zabiegu pacjent może także odczuć znaczne zmniejszenie lub całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych, z którymi zgłosił się na wizytę.

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

- 2-3 dniowe nasilenie bólu tkanek miękkich i stawów poddawanych zabiegowi
- zwiększona tkliwość tkanek
- okresowe zawroty głowy, ból głowy, nudności, uczucie rozbicia, senność, zmęczenie

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

Rozumiem cel, przebieg i przeciwwskazania zaproponowanego świadczenia. Jednocześnie zobowiązuję się do bezzwłocznego informowania o zmianie stanu zdrowia w trakcie lub po zabiegach. Mam świadomość możliwych odczuć i reakcji organizmu pozytywnych jak i negatywnych na udzielone świadczenie fizjoterapeutyczne. Jestem poinformowany/a o skutkach zaniechania świadczeń lub ich samodzielnej modyfikacji. Otrzymałem/am również zadowalające odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem/am udzielone odpowiedzi.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane.

……..

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenia fizjoterapeutyczne udzielane przez Panią mgr Katarzynę Zięty nr PWZFz 33327 wobec mojej osoby/mojego dziecka/podopiecznego

(niepotrzebne skreślić)

.....

(imię i nazwisko pacjenta)

5. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

……..

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

6. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....

(data, czytelny podpis, pieczątka terapeuty)