Plewiska dnia: .....

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

1. Dane osobowe

Imię Nazwisko		Telefon	
Data Urodzenia		email	
PESEL		Adres Zamieszkania	

2. Przeciwwskazania i czynniki ryzyka, które mogą mieć wpływ na udzielanie świadczeń fizjoterapeutycznych. Proszę dokładnie przeczytać i zaznaczyć wybraną odpowiedź znakiem „X" w odpowiednim miejscu w tabeli.

Przeciwwskazania i czynniki ryzyka	**TAK**	**NIE**
Choroba nowotworowa	☐	☐
Ciąża	☐	☐
Rozrusznik serca	☐	☐
Osteoporoza	☐	☐
Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa	☐	☐

Oświadczam, że udzieliłem/am prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, zgodnie z powyższym formularzem. Przyjmuję do wiadomości, że są to dane poufne.

.....
Czytelny podpis pacjenta

3. Możliwe reakcje organizmu pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

- przejściowe nasilenie dolegliwości bólowych

- zasinienia skóry

- palpacyjna bolesność obszaru poddawanego terapii

- miejscowe otarcia naskórka

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń fizjoterapeutycznych nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczoną możliwość zadawania pytań i udzielono wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi na temat udzielanych świadczeń. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i zobowiązuję się do informowania fizjoterapeuty o zmianach swojego stanu zdrowia.

.....
Czytelny podpis pacjenta