

**Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę<sup>1</sup>**

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
Choroba nowotworowa		
Nadciśnienie tętnicze		
Cukrzyca nieuregulowana		
Infekcje		
Wszczepiony rozrusznik serca		
Choroby psychiczne (np. depresja)		
Zakrzepica żył głębokich		

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

<sup>1</sup> 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