

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL pacjenta:..... Numer telefonu:.....

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego – usługa fizjoterapeutyczna (m. in. terapia manualna, akupunktura/suche igłowanie, fizykoterapia, kinezyterapia, masaż, terapia narzędziowa, iniekcje podskórne).

Proszę o dokładne przeczytanie formularza oraz staranne udzielenie odpowiedzi na zawarte w nim pytania, zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu.

Choroby, problemy zdrowotne lub inne przeciwwskazania, które mogą stanowić powód do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
Choroba nowotworowa		
Rozrusznik serca		
Nieuregulowane zmiany ciśnienia tętniczego krwi i tętna		
Napady padaczkowe		
Ostry ból okolicy jamy brzusznej lub zamostkowej		
Postępujący niedowład rąk i nóg		
Nietrzymanie moczu/stolca powiązane z bólem kręgosłupa		
Ciąża		

Inne choroby, problemy zdrowotne, przebyte zabiegi i operacje, przyjmowane leki (np. rozrzedzające krew, immunosupresyjne, przeciwdepresyjne) mogące stanowić 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.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach stanu zdrowia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi możliwość zadawania pytań dotyczących świadczeń zdrowotnych oraz uzyskanie na nie wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi, w tym także informacji o możliwych reakcjach organizmu na udzielane mi świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) przez WIKTORMED SP. Z O.O. związanych z kontaktem oraz udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam świadomą zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.

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

PROSZĘ O ODWRÓCENIE KARTKI



Na podstawie art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.), oświadczam, iż :

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

- na udzielanie wszelkich informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz rokowaniu,

- na udostępnienie wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych,

następującym osobom:

1)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL/ data urodzenia

2)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL/ data urodzenia

3)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL/ data urodzenia

Upoważnienie niniejsze ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do wszelkich informacji oraz całej dokumentacji medycznej.

Upoważnienie zostaje udzielone bezterminowo.

.....
Data i czytelny podpis upoważniającego

