

ZGODA PACJENTA NA FIZJOTERAPIĘ

Fizjoterapia – Światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)



I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody wykonanie zabiegów fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL lub data urodzenia:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta :

PESEL lub data urodzenia:

II. Opis wykonania zabiegów fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron):

1) Okolica ciała poddana zabiegom:

.....

2) Ilość zabiegów:

3) Opis przeprowadzenia zabiegu:

LAMPA SOLLUX – służy do wykonywania zabiegów nagrzewania z wykorzystaniem energii cieplnej emitowanej przez żarówkę. Do lampy używa się filtrów, które zmieniają widmo promieniowania co ma wpływ na zdolność penetracji w głąb skóry lub tkanki podskórnej. Lampa z filtrem niebieskim zmniejsza penetrację promieni IR i ich właściwości cieplne, wzmacnia działanie łagodzące i przeciwbólowe promieniowania. Filtr czerwony ogranicza skutek biologiczny do działania promieniowania IR oraz promieni czerwonych widzialnych.

LAMPA BIOPTRON (terapia światłem spolaryzowanym) – emituje fale świetlne widzialne i spolaryzowane powyżej 95%. Światło Bioptron pozytywnie wpływa na ludzki organizm, powodując jego biostymulację i wzmacniając funkcję obronną.

III. Opis możliwych powikłań po wykonaniu zabiegów fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)

.....

.....

IV. Oświadczenie osób uprawnionych do wyrażenia zgody zabiegów fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)

.....

.....

Oświadczenie Pacjenta o stanie zdrowia i przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)

Dane o stanie zdrowia	Tak	Nie	Dane o stanie zdrowia	Tak	Nie
Cukrzyca			Choroba zakrzepowo-zatorowa		
Nadciśnienie			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Choroba wieńcowa			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Żylaki podudzia			Przebyty incydent neurologiczny		
Choroby skóry			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca		
Niewydolność krążenia			Implanty metalowe/stymulator serca		
Inne					

Przeciwwskazanie:	Tak	Nie	Przeciwwskazanie:	Tak	Nie
Choroba nowotworowa			Miażdżyca		
Ostre objawy zapalne			Niewydolność tarczycy		
Obrzęki pochodzenia krążeniowego			Stany gorączkowe		
Zakrzepowe zapalenie żył, żylaki, zakrzepica			Czynna gruźlica płuc		
Zaburzenia krzepnięcia krwi					

W przypadku zmiany stanu zdrowia lub wystąpienia któregośkolwiek z powyższych przeciwwskazań do wykonania zabiegu fizykoterapia – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron) prosimy o poinformowanie o tym fakcie lekarza lub fizjoterapeuty.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią niniejszego formularza i zostałem w sposób zrozumiały dla mnie poinformowany o przebiegu zabiegów fizykoterapii – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron) oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania.

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego
Pacjenta do 18 roku życia

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie **zabiegów fizykoterapii – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron)** **(ilość zabiegów)**

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego
Pacjenta do 18 roku życia

V. Potwierdzam przekazanie Pacjentowi informacji o zabiegach fizykoterapii – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron) oraz wyrażenie przez Pacjenta/przedstawiciela* ustawowego świadomej zgody na fizykoterapii – światłolecznictwo (Sollux, Bioptron).

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza/fizjoterapeuty

*niepotrzebne skreślić