

.....
pieczętka

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Imię i nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia: PESEL:

Wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie u mnie fizykoterapii (przeprowadzanej za pomocą lasera wysokoenergetycznego) zwanej dalej „świadctwem zdrowotnym”.

Działanie zabiegu

Biostymulacja – wspomaganie wzrostu i regeneracji komórek.

Ilość zabiegów w ciągu cyklu leczenia trwającego 3 miesiące nie powinna przekraczać 1–3 serii liczącej/liczących po 5–15 zabiegów, wliczając w to również ew. zabiegi laseroterapii przeprowadzane z innych powodów (np. zabieg depilacji laserowej).

Oświadczam, że zostałam/zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowana/poinformowany o:

- celu udzielenia ww. świadczenia zdrowotnego, a także mogących mieć z nim związek ewentualnych powikłaniach oraz sposobie postępowania po jego wykonaniu;
- rozpoznaniu;
- proponowanych oraz możliwych metodach fizjoterapii, a także dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu fizjoterapeutycznego oraz innych sposobach terapii (oprócz proponowanego zabiegu fizjoterapeutycznego), jak również o ryzyku związanym z procedurami.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy miałam/miałem możliwość zadania lekarzowi/fizjoterapeucie pytań dotyczących sposobu planowanego wykonania świadczenia zdrowotnego, celowości świadczenia oraz możliwych powikłań i uzyskałam/uzyskałem od lekarza/fizjoterapeuty wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg fizjoterapeutyczny pociąga za sobą ryzyko wystąpienia powikłań (w tym zagrażających zdrowiu lub życiu), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności oraz opieki medycznej, i jednocześnie mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z udzielenia planowanego świadczenia zdrowotnego.

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i zrozumiałam/zrozumiałem powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza/fizjoterapeutę, w tym dotyczące ryzyka i ewentualnych powikłań.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby zagrozić mojemu życiu lub zdrowiu. W takim przypadku lekarz/fizjoterapeuta będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Oświadczam, że moje dane medyczne przedstawione poniżej są prawdziwe i kompletne.

| Istotne dane medyczne | Tak | Nie | Istotne dane medyczne | Tak | Nie |
|-----------------------|-----|-----|--|-----|-----|
| Choroby skóry | | | Choroba zakrzepowo-zatorowa | | |
| Cukrzyca | | | Przewlekła choroba tkanki łącznej | | |
| Nadciśnienie | | | Implanty metalowe/ Stymulator serca | | |
| Niewydolność krążenia | | | Przebyty incydent neurologiczny | | |
| Choroba wieńcowa | | | Przebyty zabieg operacyjny (w ciągu ostatniego miesiąca) | | |
| Żylaki podudzia | | | Wada wrodzona/ Uraz okołoporodowy | | |
| Inne: | | | | | |

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do poddawania się zabiegom fizykoterapii laserowej?

| Przeciwwskazanie | Tak | Nie |
|--|-----|-----|
| Nowotwory | | |
| Czynna gruźlica | | |
| Ciąża | | |
| Padaczka | | |
| Nadczynność tarczycy | | |
| Wysoka gorączka | | |
| Krwawienie z przewodu pokarmowego | | |
| Naświetlanie gruczołów wydzielania wewnętrznego, gałek ocznych | | |
| Ogólne wyczerpanie organizmu | | |
| Ostre, uogólnione choroby bakteryjne, wirusowe i grzybicze | | |
| Równoczesne stosowanie leków sterydowych, przeciwzakrzepowych, złota | | |
| Menstruacja (zabiegi w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa i brzucha) | | |
| Metal w obszarze zabiegowym | | |
| Zaburzenia czucia w obszarze zabiegowym | | |

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

.....
miejsowość, data

.....
(czytelny podpis Pacjenta/
Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta)

.....
(w przypadku Pacjenta niepełnoletniego będącego w 16.–18. r.ż.
czytelny podpis – zgoda równoległa – Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta)