

pieczętka

Zgoda pacjenta na fizjoterapię

imię i nazwisko pacjenta

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na następujące zabiegi fizjoterapeutyczne: **Fizykoterapia – krioterapia miejscowa**, nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

Działanie zabiegu:

Działanie krioterapii miejscowej: p/zapalne, p/bólowe, p/obrzękowe oraz zmniejszające napięcie mięśni.

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

- celu ww. świadczenia zdrowotnego, ewentualnych powikłaniach mogących mieć z nim związek oraz sposobie postępowania po jego wykonaniu,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach fizjoterapii, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu fizjoterapeutycznego oraz innych sposobach terapii (zamiast 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 wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz możliwych powikłań i uzyskałam/uzyskałem od lekarza/fizjoterapeuty wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

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

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i rozumiałam/zrozumiałem powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza/fizjoterapeutę, w tym w szczególności na temat ryzyka i możliwych powikłań.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby zagrozić memu 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
Ciąża			Choroba zakrzepowo-zatorowa		
Choroba nowotworowa			Choroby skóry		
Cukrzyca			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Nadciśnienie			Implanty metalowe/stymulator serca		
Niewydolność krążenia			Przebyty incydent neurologiczny		
Choroba wieńcowa			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca		
Żylaki podudzia			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne:					

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do zabiegów krioterapii:

Przeciwwskazanie:	tak	nie
Krioglobulinemia		
zimna aglutynacja lub hemoliza		
hemoglobinuria na zimno		
pokrzywka (uczulenie na zimno)		
nadwrażliwość na zimno (do subiektywnej oceny fizjoterapeuty wykonującego zabieg)		
choroba Raynauda		
zaburzenia czucia (w miejscu zabiegowym)		
znaczna niedokrwistość		
odmrożenia (w miejscu zabiegowym)		
zaburzenia troficzne, zaburzenia mikrokrążenia tkanek (np. w miażdżycy zarostowej tętnic, cukrzycy, przewlekłej niewydolności żylniej) (w miejscu zabiegowym)		
ciężkie choroby serca i układu krążenia (m.in. choroba wieńcowa serca, nadciśnienie)		
choroby nerek i pęcherza moczowego (tylko jeśli dotyczy krioterapii ogólnoustrojowej)		
choroby neurologiczne (parestezje, polineuropatie)		
zespół Sudecka		

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

..... dnia

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

.....
(W przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż. zgoda równoległa Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)