

pieczętka

# Zgoda pacjenta na fizjoterapię

imię i nazwisko pacjenta

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

data urodzenia

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

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabiegi fizjoterapeutyczne: **Fizykoterapia - pole magnetyczne**, nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

## Działanie zabiegów:

przyspieszenie zrastania złamanych kości, przyspieszenie gojenia ran i owrzodzeń, kojąco na układ nerwowy i układ krążenia, p/zapalnie i p/bólowo. Ilość zabiegów w ciągu 3 miesięcy nie powinna przekraczać 5 – 15 zabiegów.

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
Cukrzyca			Choroba zakrzepowo-zatorowa		
Nadciśnienie			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Choroba wieńcowa			Przebyty incydent neurologiczny		
Żylaki podudzia			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca		
Choroby skóry			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne:					

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do zabiegów magnetoterapii:

Przeciwwskazanie:	tak	nie
Ciąża		
Choroba nowotworowa		
Okres naświetlań promieniowaniem jonizującym i okres badań radiologicznych		
Elektroniczne implanty (np. stymulator serca)		
Ostre infekcje bakteryjne i wirusowe		
Ostre, uogólnione choroby bakteryjne, wirusowe i grzybicze		
Zarostowo-zakrzepowe zapalenie żył		
Ciężkie choroby serca i układu krążenia		
Padaczka		
Skłonność do krwawień		
Nadczynność tarczycy		

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)