

.....
pieczętka

Zgoda pacjenta na fizjoterapię

.....
imię i nazwisko pacjenta

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

data urodzenia

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

PESEL

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

Działanie zabiegów:

Ultradźwięki: Działanie mechaniczne (mikromasaż), ciepłne oraz fizykochemiczne powoduje zmniejszenie bólu, napięcia mięśniowego, hamowanie procesów zapalnych, przyspiesza wchłanianie tkankowe i regenerację.

Fonoforeza: Wprowadzenie przez skórę w trakcie zabiegu określonego leku wzmacniającego działanie lecznicze ultradźwięków. Zabieg działa przeciwbólowo, przeciwzapalnie, rozszerza naczynia krwionośne.

Ilość zabiegów w ciągu cyklu leczenia trwającego 3 miesiące nie powinna przekraczać 12-15 zabiegów (później należy zrobić 3-4 miesiące przerwy).

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 zagrożających 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 wynikać z planowanego świadczenia zdrowotnego.

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i zrozumiałam/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
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 m-ca		
Żylaki podudzia			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne:					

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do zabiegów z użyciem ultradźwięków:

Przeciwwskazanie:	tak	nie
Choroba nowotworowa		
ostre objawy zapalne		
zaawansowane zwapnienie naczyń		
zakrzepowe zapalenie żył, żylaki, zakrzepica		
zaburzenia krzepnięcia krwi		
zmiany skórne zwłaszcza w przebiegu chorób zakaźnych		
stan ogólnego wyniszczenia organizmu		
stymulator serca		
metal w miejscu zmian chorobowych		
okolica nasad kości do 18 roku życia		
ciąża		

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)