

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

FIZJOTERAPEUTA: Mateusz Grulkowski

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL PACJENTA:

RODZAJ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO: wizyta fizjoterapeutyczna (badanie oraz terapia)

Proszę przeczytać formularz i starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania:

Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem i/lub środkiem ostrożności do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi poprzez postawienie znaku „X” przy odpowiednim polu:

PRZECIWWSKAZANIA I/LUB ŚRODKI OSTROŻNOŚCI	TAK	NIE
Aktywny proces nowotworowy		
Osteoporoza/osteopenia		
Zmiany skórne/otwarte rany na skórze/sączące się rany		
Niewydolność/miażdżycza tętnic szyjnych/rozwarstwienie tętnic szyjnych/tętniaki/inne anomalie		
Infekcje/choroby zakaźne (w aktywnym procesie) /opryszczka		
Zaburzenia krzepnięcia krwi (tylko za zgodą lekarza prowadzącego)		
Padaczka		
Ciąża		
Niestabilność więzadłowa w obrębie kręgosłupa szyjnego		

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne mogące stanowić przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zdaję sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty procesu terapeutycznego, dlatego oświadczam, iż w moim wywiadzie ogólnomedycznym ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości.

.....

data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego

1. Pacjent może zostać poproszony o zdjęcie ubrania w celu przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej oraz zabiegu, w związku z czym proszę o przygotowanie wygodnej i niekrępującej odzieży.

2. Proszę również o skorzystanie z toalety na chwilę przed rozpoczęciem wizyty.
3. Nie zaleca się także spożywania posiłków na 1-2 godziny przed wizytą.

Możliwe odczucie pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

1. W trakcie zabiegu fizjoterapeutycznego pacjent może odczuwać dyskomfort lub ból związany z mobilizacją bolesnych tkanek miękkich oraz stawów. W przypadku silnych odczuć bólowych oraz odczucia niepokoju z tym związanego proszę niezwłocznie poinformować o tym fizjoterapeutę.
2. Może również wystąpić zaczerwienienie tkanek, przyśpieszenie tętna oraz podwyższenie ciśnienia krwi. W rzadkich przypadkach pacjent może czuć się bardzo szczęśliwy (niekontrolowany śmiech), bliski łez lub odczuwać zimno/ciepło. U bardzo niewielkiej grupy osób może dojść do omdlenia.
3. Po zakończeniu zabiegu pacjent może także odczuć znaczne zmniejszenie lub całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych, z którymi przyszedł na wizytę.

Możliwe do przewidzenia powikłania u pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

1. Nasilenie bólu tkanek miękkich i stawów poddawanych zabiegowi w ciągu 1-5 dni od zabiegu.
2. Zwiększona tkliwość tkanek, poprzez które wywierany był nacisk lub ciąg podczas mobilizacji tkanek miękkich i stawów.
3. Okresowe zawroty głowy, ból głowy, nudności, uczucie rozbicia.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku.

Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie.

Zostałem poinformowany/-a o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkim procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości, w języku dla mnie zrozumiałym o przebiegu procesu terapeutycznego, w tym o celowości i sposobie jego przeprowadzenia, sposobie przygotowania się do niego, wiążącym się z zabiegiem ryzyku, ewentualnych powikłaniach z nim związanych, alternatywnych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać. Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania fizjoterapeucie pytań, na które otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi

Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

.....
data, czytelny podpis fizjoterapeuty

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w dniu została ze mną przeprowadzona rozmowa informacyjna dotycząca procesu terapeutycznego. Rozmowę przeprowadził ze mną Udzielono mi informacji o innych, możliwych w moim przypadku koncepcjach leczenia. Został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego procesu terapeutycznego. Przedstawiono mi także w zrozumiałej dla mnie formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

.....
Podpis fizjoterapeuty

.....
Podpis Pacjenta