



ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego:.....

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie zaznaczyć prawidłową odpowiedź znakiem X
Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą stanowić przeciwwskazanie do udzielenia świadczenia zdrowotnego

Lp.	Przeciwwskazania	NIE	TAK
1.	Ciąża		
2.	Rozrusznik serca/pompa insulinowa/pompa baklofenowa		
3.	Choroba nowotworowa w przeszłości/obecnie		
4.	Narastające zmęczenie lub wycieńczenie organizmu bez uchwytnej przyczyny		
5.	Nagła utrata masy ciała bez uchwytnej przyczyny		
6.	Metalowe implanty w obrębie ciała		
7.	Choroby tarczycy		
8.	Cukrzyca lub polineuropatia		
9.	Osteoporoza		
10.	Leczenie lekami sterydowymi		
11.	Choroby układu krążenia		
12.	Zawał mięśnia sercowego		
13.	Ciśnienie krwi 160/95		
14.	Ciśnienie krwi 90/50		
15.	Tętno ≥ 100 ud./min		
16.	Tętno ≤ 50 ud./min		
17.	Zaburzenia krzepliwości		
18.	Żylaki		
19.	Zaburzenia czucia powierzchownego lub i głębokiego		
20.	Problemy z nietrzymaniem moczu i kału wraz z bólem kręgosłupa		
21.	Zaburzenia czucia w obrębie krocza		
22.	Świeży lub postępujący niedowład obwodowy		
23.	Zaburzenia równowagi i krótkotrwała utrata świadomości		
24.	Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny		
25.	Nagłe lub świeżo pojawiające się opadanie kącika ust, problemy z mówieniem		
26.	Padaczka		
27.	Alergie		
28.	Leczenie lekami immunosupresyjnymi		
29.	Gorączka lub stan podgorączkowy		
30.	Nawracające infekcje z gorączką		
31.	Ból w spoczynku, opisywany jako pulsujący		
32.	Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytnej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności		
33.	Niediagnozowany uraz w wywiadzie		
34.	Dolegliwości jamy brzusznej lub okolicy za mostkowej		
35.	Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny		
36.	Brak zrostu kostnego		
37.	Zagrożenie wystąpienia krwotoku		

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:.....

Przyjmowane obecnie leki.....

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

Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego



Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

Uzasadnienie odmowy:

Podpis fizjoterapeuty (data, podpis, pieczętka)

Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

.....
Możliwe odczucia pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

.....
Możliwe do przewidzenia reakcje organizmu pacjenta po udzieleniu świadczenia zdrowotnego:

.....
Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem(-łam) i zrozumiałem(-łam) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałem(-łam) poinformowany(-a) o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zaleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem(-łam) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

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

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Potwierdzenie fizjoterapeuty przyjmującego zgodę pacjenta na świadczenia zdrowotne

Data i czytelny podpis fizjoterapeuty

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez oraz Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia dla celów realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość, data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego