

Tutaj wpisz dane swojej firmy. W dokumencie PDF dostępnym w odrębnym pliku zrobisz to przed wydrukiem formularza.

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę¹

Imię i nazwisko pacjenta: *Tutaj pacjent wpisuje własne dane*

PESEL pacjenta: *PESEL pacjenta*

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego: *Może to być np. usługa fizjoterapeutyczna...*

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu.

1. Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
<i>Tutaj wpisz samodzielnie problemy zdrowotne, jakie mogłyby stanowić przeciwwskazanie do procedur, jakie planujesz zastosować podczas udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentowi - tzw. „czerwone flagi” i „żółte flagi”. Dokładne wskazówki dotyczące „flag” znajdziesz w „Wytycznych KRF do udzielania świadczeń zdrowotnych...” w części IV: Przeciwwskazania do fizjoterapii.</i>	X	X
	↑	↑
	<i>To zakreśla pacjent.</i>	

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli: *Tutaj pacjent samodzielnie wpisuje choroby lub problemy zdrowotne, których fizjoterapeuta nie zawarł w powyższej 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.

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

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

Zaznaczenie istniejących przeciwwskazań może (ale nie musi) stanowić podstawę do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

.....
(uzasadnienie odmowy)

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty

¹ Formularz może być wykorzystywany przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą. W takim przypadku zgoda dotyczy czynności zawodowych fizjoterapeuty wykonywanych w podmiocie, który nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

2. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

Wypełnienie tego punktu jest opcjonalne. Możesz go wypełnić, ale nie musisz. Możesz tu określić ubiór, jaki powinien mieć pacjent, sposób przygotowania do zabiegu np. w postaci czystej, nienakremowanej skóry. Możesz również uprzedzić pacjenta, że konieczne będzie zdjęcie odzieży, czy odstonięcie stref intymnych.

3. Możliwe odczucie pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

Wypełnienie tego punktu jest opcjonalne. Możesz go wypełnić, ale nie musisz. Możesz tutaj uprzedzić o możliwych odczuciach, jakie mogą się pojawić w trakcie wykonywania usługi, jak ciepło/zimno, mrowienie, uczucie zmęczenia i inne.

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

Wypełnienie tego punktu jest opcjonalne. Możesz go wypełnić, ale nie musisz. Możesz tutaj uprzedzić o ewentualnych odczuciach, jakie mogą się pojawić po wykonaniu usługi zdrowotnej. Może to być np. zmęczenie, czy zaczerwienienie skóry po masażu.

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 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 możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

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

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

5. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

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

6. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty