

UCHWAŁA NR 292/I KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 4 września 2018 r.

**w sprawie rekomendacji dotyczącej zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane
przez fizjoterapeutę**

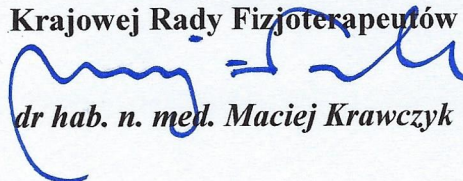
Na podstawie art. 62 ust. 1 pkt 1 oraz 77 pkt 10 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505 i 1000) uchwała się, co następuje:

§ 1. Krajowa Rada Fizjoterapeutów rekomenduje stosowanie wzoru formularza zgody pacjenta na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę, określonego w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes

Krajowej Rady Fizjoterapeutów


dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

WZÓR

Dane podmiotu/gabinetu/ pieczętka

**ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ
FIZJOTERAPEUTĘ***

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL pacjenta

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego.....

.....

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

Inne występujące choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli

Oświadczam, że udzieliłem(-am) 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 czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na:

.....

(uzasadnienie odmowy)

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty

* Formularz może być wykorzystywany przez inne podmioty niż 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:

.....

3. Możliwe odczucia pacjenta w trakcie świadczenia zdrowotnego:

.....

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

.....

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 zaleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem/-am 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 świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach stanu 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