

ZGODA PACJENTA na przeprowadzenie terapii osteopatycznej / fizjoterapii

DANE PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię pacjenta

Nazwisko pacjenta

Numer PESEL:

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

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA

Imię

Nazwisko

Numer PESEL:

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

Terapia osteopatyczna/Fizjoterapia składa się z kilku elementów. W pierwszej kolejności przeprowadzony zostanie z Panią/Panem wywiad dotyczący historii zdrowia. Następnie zostaną przeprowadzone testy kliniczne podczas których może odczuć Pani/Pan chwilowe nasilenie dolegliwości. Po przeprowadzeniu testów, ich wyniki porównywane są z wynikami badań obrazowych, laboratoryjnych i czynnościowych w celu ustalenia najbardziej prawdopodobnych przyczyn problemów zdrowotnych pacjenta oraz dobrania odpowiednich technik leczenia. Jeśli postawione hipotezy diagnostyczne pozwalają na przeprowadzenie leczenia zachowawczego - w czasie wizyty wykonywane są zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego, układu trzewnego (narządów wewnętrznych) oraz układu czaszkowo - krzyżowego celowane na przyczyny i skutki problemu, które w czasie do kolejnej wizyty powinny wyjaśnić czy hipoteza diagnostyczna jest prawidłowa.

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

Przeciwwskazania	TAK	NIE
Aktywne choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostre infekcje wirusowe i bakteryjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wysoka gorączka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostre zaburzenia odporności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dezorientacja pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ww. są danymi poufnymi

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

2. Najczęstsze choć rzadkie powikłania występujące w trakcie bądź w wyniku planowanego zabiegu:

Siniak, nasilenie bólu, wywołanie lokalnego stanu zapalnego, ból głowy, pocenie, nudności, zmęczenie, osłabienie. Poza wskazanymi przykładami istnieje ryzyko wystąpienia także innych powikłań.

Oświadczam, że:

- powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące terapii osteopatycznej / fizjoterapii jej celowości i oczekiwanych wyników oraz potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić w trakcie bądź w wyniku w/w zabiegu,
- rozumiem, że tak jak w przypadku wszelkich procedur ogólnomedycznych pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę/ osteopatę nie są gwarantowane,
- zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych
- zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących terapii i na wszelkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień
- znane mi są możliwe reakcje organizmu po przeprowadzeniu terapii.

Ewentualne uwagi pacjenta

.....
.....
.....

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

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

3. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Data

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

4. Potwierdzenie fizjoterapeuty / osteopaty odbierającego zgodę:

Data

Podpis