

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

NUMER TELEFONU.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

ADRES E-MAIL.....

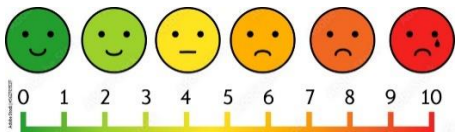
WYKONYWANY ZAWÓD (JEŚLI EMERYT LUB RENCISTA TO PROSZĘ WPISAĆ WCZEŚNIEJ WYKONYWANY
ZAWÓD).....HOBBY/ SPORT/ ZAJĘCIA W CZASIE WOLNYM:
.....Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego: **USŁUGA FIZJOTERAPEUTYCZNA**

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

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

EWENTUALNE P/WSKAZANIA DOTYCZĄCE WSZYSTKICH	TAK	NIE
Aktywna choroba nowotworowa – jeśli TAK , gdzie, od kiedy?		
Okolice poddane radioterapii (do 2 tygodni od wykonania zabiegu)		
Stan po tomografii komputerowej z użyciem kontrastu (do 2 tygodni od wykonania zabiegu)		
Choroba nowotworowa w rodzinie? – jeśli TAK , u kogo, kiedy?		
Osteoporoza		
Zaburzenia czucia - jeśli TAK , jakie, gdzie, od kiedy?		
Padaczka		
Hemofilia		
Anemia		
Zaburzenia krzepliwości krwi (leczenie antykoagulantami)		
Leki przepisane na stałe? – jeśli TAK , jakie, od kiedy?		
Niewydolność krążeniowo – oddechowa, wady serca, obrzęki pochodzenia sercowego – jeśli TAK , jakie, od kiedy?		

Nieuregulowane nadciśnienie		
Wszczepiony implant np. endoproteza, śruby kostne, stenty itd. - jeśli TAK , jakie, gdzie, kiedy?		
Tocząca się infekcja i/lub proces zapalny w stanie ostrym – jeśli TAK , jakie są objawy, od kiedy?		
Choroby o podłożu bakteryjnym, wirusowym, pasożytniczym, zakaźne – jeśli TAK , jakie, od kiedy?		
Zmiany skórne np. ropne stany zapalne skóry i tkanek miękkich, wypryski, owrzodzenia na skórze - jeśli TAK , jakie, gdzie, od kiedy?		
Nieregularnego kształtu zabarwione znamiona, brodawki lub narośla - jeśli TAK , jakie, gdzie?		
Cukrzyca		
Astma		
Aktywna gruźlica		
Jaskra		
Nadczynność tarczycy		
Niedoczynność tarczycy		
Niewydolność nerek		
Problemy gastryczne jak wzdęcia, gazy, refluks, zespół jelita drażliwego, itd. - jeśli TAK , jakie, od kiedy?		
Bruksizm (nawykowe, nieświadome zaciskanie zębów i zgrzytanie zębami) – jeśli TAK , jak często, od kiedy i czy wspominałeś o tym swojemu dentyście?		

<p>Wada wzroku – jeśli TAK, jaka, od kiedy?</p> <p>.....</p>		
<p>Wada słuchu – jeśli TAK, jaka, od kiedy?</p> <p>.....</p>		
<p>Palenie papierosów - jeśli TAK, jak często, od kiedy?</p> <p>.....</p>		
<p>Użytki (np. kawa, herbata) - jeśli TAK, jakie, jak często, od kiedy?</p> <p>.....</p>		
<p>Leczenie u lek. specjalisty np.: endokrynolog, kardiolog, neurolog, psycholog, psychiatra itd. – jeśli TAK, u jakiego specjalisty i jak długo?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Ilość i jakość snu – ile godzin poświęcasz na sen i jaka jest jego jakość?</p> <ul style="list-style-type: none"> • O której się kładziesz? • O której się budzisz? • Czy budzisz się w nocy? <p>Jeśli TAK, o której?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masz płytki czy głęboki sen? • Czy budzisz się wypoczęty? 		
<p>Ile wody (nie kawy, nie herbaty i/lub innych napojów) wypijasz w ciągu dnia?</p> <p>.....</p>		
<p>Określ w skali od 1 do 10 poziom stresu na jaki jesteś narażony w domu, pracy – na co dzień.</p> <p>0 – brak stresu, 10 – wysoki poziom stresu:</p> 		

Odpoczynek – czy potrafisz odpoczywać?

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

Czy używasz suplementów diety/ odżywek? Jeśli **TAK**, jakie? Jak często? Od kiedy?

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

Kiedy ostatnio robiłeś/-aś badania krwi, moczu, kału?

.....

Inne choroby i/lub problemy zdrowotne (nawet zadawnione np. 10 lat temu) niewymienione w tabeli jak np. wypadki komunikacyjne, upadki, złamania, skręcenia, zwichnięcia, blizny itd.?

Co konkretnie? Która strona? Kiedy się to mniej/ więcej stało?

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

EWENTUALNE P/WSKAZANIA DOTYCZĄCE KOBIET	TAK	NIE
Menstruacja – jeśli TAK , który dzień?		
Jakie objawy towarzyszą przed, w trakcie i po menstruacji ? Proszę opisać.		
Cięża – jeśli TAK , który miesiąc?		
Ilość wszystkich ciąży i czy były ciążę mnogie?		
Poród: naturalny, cięcie cesarskie, vacuum, kleszcze?		

Ilość wszystkich porodów i data ostatniego porodu:		
Powikłania podczas trwania ciąży? - jeśli TAK , jakie?		
Komplikacje przy porodzie/ powód CC etc. - jeśli TAK , jakie?		
Poronienia - jeśli TAK , ile? I czy była współpraca z psychologiem/ psychiatrą?		
Czy opracowano bliznę po cesarskim cięciu?		
Czy obecnie karmisz piersią?		

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia oraz nie zataiłem żadnych istotnych informacji - zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej.

Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

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

2. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:

- Czyste i nieograniczające ruchów ubranie – np. dres, skarpetki, zmienne obuwie,
- Upięte włosy,
- Czysta, niczym nienakremowana skóra,
- Może się zdarzyć sytuacja, że konieczne będzie zdjęcie odzieży i/ lub odstąpienie stref intymnych,
- Zaleca się zjedzenie ostatniego posiłku 2 godziny przed zabiegiem,
- Zaleca się skorzystanie z toalety przed zabiegiem.

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

- Zaczerwienienie skóry,
- Siniaki i/lub krwiaki w miejscu poddanym terapii,
- Tkliwość i/lub bolesność w miejscu poddanym terapii,
- Objawy grypopodobne,
- Ogólne zmęczenie.

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.

Oświadczam, że w trakcie korzystania z usług fizjoterapeutycznych w „Pracownia Fizjoterapii Wioleta Piętka” nie będę korzystał/-a z świadczeń w innym miejscu/ usług innego fizjoterapeuty/ innych metod leczniczych. W przypadku korzystania z dwóch różnych źródeł zwanych dalej usługami fizjoterapeutycznymi „Pracownia Fizjoterapii Wioleta Piętka” nie ponosi odpowiedzialności za powstałe w tym przypadku konsekwencje zdrowotne.

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

Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę:

.....
Data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty