



# Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Mokotów



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

## Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

imię i nazwisko pacjenta: .....PESEL: .....

rodzaj świadczenia zdrowotnego: .....

Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego	TAK	NIE
PADACZKA		
NOWOTWORY		
WCZEPIONE IMPLANTY		
NIEWYRÓWNE CHOROBY SERCA		
ALERGIE		
CUKRZYCA		
WCZEPIONY ROZRUSZNIK SERCA		
Inne.....		

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.

Wyrażam świadomą zgodę / Nie wyrażam zgody 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

Odmówiono udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na: .....

(uzasadnienie odmowy)

.....

Data, pieczętka i podpis fizjoterapeuty

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. Znam mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

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

Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....  
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty