

.....  
pieczętka

# Zgoda pacjenta na fizjoterapię

.....  
imię i nazwisko pacjenta

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

data urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabiegi fizjoterapeutyczne **z zakresu** kinesiotapingu nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

Oświadczam, że zostałam/zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowana/poinformowany o:

- celu ww. świadczenia zdrowotnego, ewentualnych powikłaniach mogących mieć z nim związek oraz sposobie postępowania po jego wykonaniu,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach fizjoterapii, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu fizjoterapeutycznego oraz innych sposobach terapii (zamiast proponowanego zabiegu fizjoterapeutycznego), jak również o ryzyku związanym z procedurami.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy miałam/miałem możliwość zadania lekarzowi/fizjoterapeucie pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz możliwych powikłań i uzyskałam/uzyskałem od lekarza/fizjoterapeuty wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg fizjoterapeutyczny pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym zagrażających zdrowiu lub życiu), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej i jednocześnie mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego świadczenia zdrowotnego.

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i zrozumiałam/zrozumiałem powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza/fizjoterapeutę, w tym w szczególności na temat ryzyka i możliwych powikłań.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby zagrozić memu życiu lub zdrowiu. W takim przypadku, lekarz/fizjoterapeuta będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Oświadczam, że moje dane medyczne przedstawione poniżej są prawdziwe i kompletne.

| Istotne dane medyczne: | tak | nie | Istotne dane medyczne:                             | tak | nie |
|------------------------|-----|-----|--|-----|-----|
| Ciąża                  |     |     | Choroba zakrzepowo-zatorowa                        |     |     |
| Cukrzyca               |     |     | Przewlekła choroba tkanki łącznej                  |     |     |
| Nadciśnienie           |     |     | Implanty metalowe/stymulator serca                 |     |     |
| Niewydolność krążenia  |     |     | Przebyty incydent neurologiczny                    |     |     |
| Choroba wieńcowa       |     |     | Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca |     |     |
| Żylaki podudzia        |     |     | Wada wrodzona/uraz okołoporodowy                   |     |     |
| Inne:                  |     |     |  |     |     |

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do kinesiotapingu

| Przeciwwskazanie:  | tak | nie | Przeciwwskazanie:                                       | tak | nie |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| przerwanie ciągłości skóry w miejscu aplikacji plastra         |     |     | niewydolność krążenia w stopniu III lub IV w skali NYHA |     |     |
| zmiany skórne, stany zapalne skóry w miejscu aplikacji plastra |     |     | cukrzyca  |     |     |
| świeże blizny pooperacyjne                                     |     |     | róża  |     |     |
| nowotwory złośliwe   |     |     | łuszczyca   |     |     |
| ostre infekcje o idiopatycznym pochodzeniu                     |     |     | żylaki  |     |     |
| niezrośnięte złamania kostne                                   |     |     |   |     |     |
| ostra faza reumatyzmu  |     |     |   |     |     |
| zakrzepica żył głębokich                                       |     |     |   |     |     |
| tętniaki   |     |     |   |     |     |

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

..... dnia .....

.....  
(czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)

.....  
(W przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż. zgoda równoległa Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)