

Nazwisko i imię pacjenta: Wiek:..... lat

Ważne ! Przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie !

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzystał(a) Pan(i) z rehabilitacji domowej ? (patrz: pkt.2 pouczenia na odwrocie) tak nie
2. Czy w okresie ostatnich 10 lat był Pan(i) leczony na choroby nowotworowe? (właściwie zaznaczyć X) tak nie
3. Proszę podać przebyte w okresie ostatnich 10 lat zabiegi operacyjne
4. Proszę wymienić inne choroby, na które leczy się Pan(i) obecnie:
5. Proszę podać inne czynniki mogące istotnie wpłynąć na proces rehabilitacji (np. ciąża, rozrusznik serca, **zaburzenia rytmu serca–częstoskurcze, migotanie przedsionków, zespolenia metalowe lub inne, implanty**, przyjmowanie leków i stosowanie maści, korzystanie z innych zabiegów itp.):
.....

Oświadczam, że zrozumiałem/am pytania zawarte w ankiecie, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się bezwzględnie zgłosić terapeutę każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów, poniosę wszelkie konsekwencje ryzyka ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania nieprawdziwych, bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

*) Za pacjenta w wieku: do 16 roku życia podpisuje wyłącznie rodzic lub opiekun prawny,
od 16 do 18 lat podpisują pacjent oraz rodzic lub opiekun .

.....
Podpis pacjenta / opiekuna *) - patrz pouczenie obok

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ¹

Wyrażam zgodę na wykonanie przez PL (podmiot leczniczy) Fizjoterapia s.c.37-700 Przemysł, ul. Basztowa 13 - NFZ: 09R / 030279

- badań i testów fizjoterapeutycznych ... tak ... nie oraz zabiegów zleconych przez lekarza (lub mgr fizjoterapii) wg. skierowania, w zakresie:
- kinezyterapii..... wszystkie oprócz....., - masażu..... wszystkie oprócz.....
- elektrolecznictwa. wszystkie oprócz:....., - inne..... wszystkie oprócz:.....

Oświadczam, że zostałem zapoznany z zasadami korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych, przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.²

Podstawa prawna:

¹ Art. 15-19, ² art.9 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U.2016,0,186.).

.....
Podpis pacjenta / opiekuna *) - patrz pouczenie wyżej

POUCZENIE:

1. Czas trwania rehabilitacji realizowanej w domu dla jednego pacjenta wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym (realizowanych łącznie przez wszystkich Świadczeniodawców), nie więcej niż 5 zabiegów dziennie, nie krócej niż 1 godzinę dziennie.
2. W przypadku wcześniejszego korzystania z rehabilitacji w warunkach domowych u innego Świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym, pacjent zobowiązany jest dołączyć do skierowania zaświadczenie o ilości zrealizowanych dotychczas dni zabiegowych.
3. Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, ilość zabiegów oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący, dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta.
4. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego lub prowadzącego rehabilitację, za pisemną indywidualną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.¹
5. Na podstawie skierowania pacjent zostaje wpisany na listę oczekujących.² W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej, pacjent może na podstawie jednego skierowania zostać wpisany tylko na jedną listę oczekujących u tylko jednego Świadczeniodawcy.
6. Pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 18 roku życia, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie!.

Oświadczam, że zapoznałem (am) się z pouczeniem, rozumiem i akceptuję warunki uzyskania świadczenia.

.....
Podpis pacjenta / opiekuna*) patrz: pouczenie na odwrocie

Podstawa prawna:

¹ Rozporządzenie zmieniające Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2010r. w zakresie rehabilitacji leczniczej.

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art.209 (Dz.U.2008, 164, 1027 ze zm.).

Fizjoterapia s.c 37-700 Przemyśl, ul. Basztowa 13, filia 37-750 Dubiecko, Nienadowa 502A, kontakt:

Zakład Przemysłu - tel. 16 678 66 66 Dział Zabiegów -wewn. 48, Rejestracja Ogólna - wewn. 21, kom. 607876592, e-mail: rejestracja@fizjoterapiapl.pl

Filia w Nienadowej - tel. 16 651 20 22, kom.781389584, e-mail: filia@fizjoterapiapl.pl