

**Ankieta do celów: ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE**

Pacjent: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

nazwisko i imię

lat:

wiek

**Oświadczenie pacjenta:**

1. W okresie ostatnich 10 lat byłem leczony(a):

a) na choroby nowotworowe

 tak  nie

b) przebyłem(am) zabiegi operacyjne ( jeśli tak, opisać jakie)

 tak  nie

2. Obecnie leczone choroby:

3. Inne warunki istotne dla procesu rehabilitacji:  ciąża  rozrusznik serca zaburzenia rytmu serca (np. częstoskurcze, migotanie przedsionków, itp.) \_\_\_\_\_ zespolenia metalowe lub inne, implanty \_\_\_\_\_ inne \_\_\_\_\_

(przyjmowane leki, stosowane maści, korzystanie z innych zabiegów, itp.)

 nie zgłaszam, nie występuje żaden z powyższych.4. Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych<sup>1</sup>:a) badania i testy fizjoterapeutyczne  tak  nieb) zabiegi zlecone skierowaniem : fizykalne  wszystkie  z wyjątkiem \_\_\_\_\_kinezyterapii  wszystkie  z wyjątkiem \_\_\_\_\_masażu  wszystkie  z wyjątkiem \_\_\_\_\_c) zabiegi inne ( wymienił jakie )  tak \_\_\_\_\_**Oświadczam, że:**

1. Zrozumiałem(am) pytania zawarte w pkt.1-3, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zostałem zapoznany(a) w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu terapii z:

a) zasadami korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych wskazanymi w pouczeniu na odwołanie, rozumiem i akceptuję warunki uzyskania świadczenia,

b) przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów,

c) dającymi się przewidzieć następstwami ich wykonania lub zaniechania<sup>2</sup>.

3. Zobowiązuję się zgłosić terapeutę każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

4. Przyjmuję wszelką odpowiedzialność za ryzyko ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania nieprawdziwych bądź zatajenia istotnych dla przebiegu terapii informacji.

**Upoważniam Pana(ią):**

zam. \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

do: informacji o stanie zdrowia  tak  niedostępu do dokumentacji medycznej  tak  nie\_\_\_\_\_  
podpis pacjenta i/lub opiekuna \*)

\*) Uprawnieni do podpisu:

pacjent dorosły: pacjent osobiście lub jego opiekun prawny

w wieku 16-18 lat: pacjent **oraz opiekun** ustawowy lub prawnyw wieku do 16 lat: **wyłącznie opiekun** ustawowy lub prawny

Podstawa prawna:

<sup>1</sup>art.16-18, <sup>2</sup>art.9 ustawy z dnia 06 listopada 2008r.o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz.U.2017,0,1318)

## **POUCZENIE:**

1. Zarejestrowany pacjent zostaje wpisany do kolejki oczekujących oraz otrzymuje informację o terminie realizacji zabiegów.
2. Brak możliwości zgłoszenia się na zabiegi w wyznaczonym terminie pacjent zobowiązany jest zgłosić co najmniej 1 dzień wcześniej, osobiście, telefonicznie lub e-mailem (kontakt u dołu strony).
3. Nie zgłoszenie się pacjenta w ustalonych terminach bez wcześniejszego powiadomienia skutkuje skreśleniem pacjenta z listy oczekujących bądź utratą prawa do odbioru niewykorzystanych zabiegów.
4. Zabiegi nie mogą być zrealizowane jeżeli pacjent:
  - a) w wyznaczonym terminie pozostaje w leczeniu stacjonarnym w innej placówce ( np. szpital, zakład opiekuńczy, hospicjum, itp.)
  - b) w tym samym czasie korzysta ze świadczeń w innej placówce realizującej zabiegi w ramach umowy z NFZ ( np. inny zakład rehabilitacji).
5. W przypadku korzystania z zabiegów pomimo faktu występowania okoliczności, o których mowa w pkt.4, pacjent zobowiązuje się pokryć w całości koszty udzielonego mu świadczenia, według cennika usług komercyjnych obowiązujących w PL Fizjoterapia sc.
6. W trakcie wykonywania zabiegów pacjent zobowiązany jest do bezwzględnego przestrzegania niżej wymienionych zasad :
  - a) przed zabiegiem należy:
    - zgłosić terapiście aktualną miesięczkę oraz inne chwilowe niedomagania (np. ból głowy, osłabienie, gorączka, itp.),
    - usunąć wszelkie przedmioty metalowe (np. biżuterię) oraz telefony komórkowe, oczyścić skórę w miejscu zabiegu (np. z maści),
    - **surowo zabrania się !** wchodzenia do pomieszczeń i/lub kabin zabiegowych bez nadzoru, samowolnego dotykania, włączania, regulowania aparatów medycznych oraz innych urządzeń ( elektrod, przewodów, przycisków, wyłączników, zasilaczy itp. )
  - b) w trakcie zabiegu:
    - nie wolno poruszać się, zmieniać samowolnie pozycji ciała, korzystać z telefonów komórkowych,
    - w razie negatywnych odczuć (np. bólu, pieczenia, parzenia, itp.) fakt ten należy natychmiast zgłosić terapiście,
  - c) po zabiegu należy:
    - odpocząć w poczekalni lub wypoczynalni przez okres 20-30 minut, szczególnie po zabiegach wykonywanych w obrębie głowy i jamy brzusznej
7. Pacjentowi małoletniemu ( do 18 roku życia ) zabiegi mogą być wykonywane bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie!

---

### Kontakt:

Zakład w Przemysłu, ul. Basztowa 13 : Rejestracja Ogólna tel. 16 678 66 66, w. 21, kom. 607876592, e-mail: rejestracja@fizjoterapiapl.pl  
Dział Zabiegów tel. 16 678 66 66, w.48  
Filia w Nienadowej, Nienadowa 502A : Rejestracja tel. 16 651 20 22 , kom.781389584, e-mail: filia@fizjoterapiapl.pl