

Wiek: .....lat

Nazwisko i imię pacjenta:

Data:

**ANKIETA DLA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE**

1. Proszę wymienić choroby, na które leczy się Pan (i) obecnie: (lub wpisać: nie dotyczy)

2. Czy w okresie ostatnich 10 lat był Pan (i) leczony na choroby nowotworowe? (właściwe zaznaczyć X)  tak  nie

3. Proszę podać inne czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji (np. ciąża, rozrusznik serca, zespolenia metalowe lub inne, implanty, przyjmowanie i stosowanie leków i maści itp.): ( lub wpisać: nie dotyczy)

4. Proszę podać przebyte w okresie ostatnich 10 lat zabiegi operacyjne (lub wpisać: nie dotyczy)

Oświadczam, że zrozumiałem/am pytania zawarte w ankiecie, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się zgłosić terapiście każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

Podpis pacjenta")

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO<sup>1</sup>**

Wyrażam zgodę na wykonanie;"

- badań i testów fizjoterapeutycznych .....  tak.. .....nie

oraz zabiegów zleconych przez lekarza (lub mgr fizjoterapii) wg. skierowania z dnia ..... w zakresie:

- kinezyterapii .....  wszystkie  oprócz: .....

- masażu .....  wszystkie  oprócz: .....

- elektrolecznictwa  wszystkie  oprócz: .....

- magnetoterapii ...  wszystkie  oprócz: .....

- laseroterapii .....  wszystkie  oprócz: .....

- krioterapii.....  wszystkie  oprócz: .....

- terapii ultradźwiękami ..  wszystkie  oprócz: .....

- światłolecznictwa ..  wszystkie  oprócz: .....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z uwagami dotyczącymi korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych oraz przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

Podpis pacjenta\*)

**Podstawa prawna:**

1 Art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późno zm.).  
2 Art.9 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ( Dz.U. z 2009 r. nr 52, oz. 417 z późn. zm.).

**POUCZENIE:**

**Uwaga! Pacjenci 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!.**

**PRZED ZABIEGIEM:**

- **WAŻNE!** przed przystąpieniem do zabiegów należy zgłosić terapiście aktualną miesięczkę oraz inne chwilowe niedomagania, takie jak ból głowy, osłabienie czy gorączka

należy usunąć przedmioty metalowe (np. biżuterię), oczyścić skórę w miejscu zabiegu (np. z maści)

**W TRAKCIE ZABIEGU:**

nie wolno poruszać się, zmieniać pozycji ciała;

- zabrania się samowolnie dotykać, włączać, regulować aparatów i urządzeń medycznych ( elektrod, przewodów, przycisków, wyłączników, zasilaczy itp. ).

w razie negatywnych odczuć (ból, pieczenia, parzenia itp.) fakt ten należy natychmiast zgłosić obsłudze.

**PO ZABIEGU:**

- należy odpocząć w poczekalni lub wypoczywalni przez okres 20-30 minut, szczególnie po zabiegach wykonywanych w obrębie głowy i jamy brzusznej.

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

Podpis pacjenta\*)

**\*) Jeżeli pacjent nie ukończył 16 roku życia - powyższe podpisuje wyłącznie jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli jest w przedziale wiekowym 16-18 lat - podpisują: pacjent oraz rodzic lub opiekun.**

Podpis rehabilitanta