ŁUKSJA MED

Ankietę należy dostarczyć na tydzień przed zabiegami, tj. do dnia: _____

ANKIETA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

(Należy wypełnić nie wcześniej niż w dniu rozpoczecia zabiegów)

1 OCENA NATĘŻENIA BÓLU PRZED ROZPOCZĘCIEM REHABILITACJI

Proszę zaznaczyć liczbę od 0 do 10, która najlepiej określa natężenie bólu.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

brak bólu — umiarkowany ból — bardzo silny ból

2 CHOROBY PRZEWLEKŁE

Prosimy zaznaczyć choroby, na które Pan/Pani choruje.

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Cukrzyca
- ☐ Choroby serca (inne niż rozrusznik/ICD)
- ☐ Astma lub choroby płuc
- ☐ Choroby alergiczne
- ☐ Choroby tarczycy
- ☐ Choroby neurologiczne
- ☐ Choroby reumatologiczne
- ☐ Inne _____

3 INFORMACJE ISTOTNE DLA BEZPIECZEŃSTWA TERAPII

Prosimy zaznaczyć TAK lub NIE przy każdym punkcie.

	TAK	NIE
Rozrusznik serca lub kardiowerter (ICD)	☐	☐
Inne wszczepione urządzenia elektroniczne (neurostymulator, pompa insulinowa itp.)	☐	☐
Endoprotezy, implanty, śruby, płytki	☐	☐
Zakrzepica lub przebyta zatorowość	☐	☐
Ciąża	☐	☐
Padaczka	☐	☐
Zaburzenia czucia (np. drętwienie, zmniejszona czucie)	☐	☐
Otwarte rany lub zmiany skórne w miejscu terapii	☐	☐
Gorączka lub infekcja	☐	☐
Obrzęk limfatyczny	☐	☐
Osteoporoza	☐	☐

4 LECZENIE ONKOLOGICZNE

Czy chorował(a) Pan/Pani na nowotwór w ciągu ostatnich 10 lat?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, jaki?

_____

Kiedy zakończone leczenie?

_____

Czy obecnie jest Pan/Pani w trakcie leczenia onkologicznego?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, jaki nowotwór?

_____

5 LEKI MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA PRZEBIEG REHABILITACJI

Czy przyjmuje Pan/Pani leki mogące mieć wpływ na przebieg rehabilitacji (np. leki przeciwkrzepliwe, sterydy, immunosupresyjne)?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, jakie?

_____

_____

_____

_____

6 PRZEBYTE OPERACJE

Czy przebył(a) Pan/Pani operacje w ciągu ostatnich 10 lat?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, jaka i kiedy?

_____

_____

_____

_____

7 OŚWIADCZENIE I ZGODA

Oświadczam, że powyższe informacje sę zgodne z prawdą i kompletne.
Zostałem poinformowany, że w każdej chwili mogę poinformować fizjoterapeutę o zmianie stanu zdrowia, która może mieć wpływ na bezpieczeństwo terapii.

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, wykonanie testów funkcjonalnych oraz zabiegów fizjoterapeutycznych zleconych przez lekarza lub magistra fizjoterapii zgodnie ze skierowaniem.

Data	Czytelny podpis pacjenta*	Podpis fizjoterapeuty

* Jeżeli pacjent nie ukończył 16. roku życia, formularz podpisuje wyłącznie przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny.
W przypadku pacjenta w wieku od 16 do 18 lat podpisują pacjent oraz przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny.

8 OCENA EFEKTÓW REHABILITACJI

1. OCENA NATĘŻENIA BÓLU PO ZAKOŃCZENIU REHABILITACJI

Należy wypełnić ostatniego dnia zabiegów

.....
Podpis pacjenta

2. UZYSKANA POPRAWA

- ☐ Brak poprawy
- ☐ Niewielka
- ☐ Umiarkowana
- ☐ Znaczna
- ☐ Całkowite ustąpienie dolegliwości

3. BÓL W MIEJSCU ZABIEGOWYM OBECNIE

- ☐ Mniejszy
- ☐ Bez zmian
- ☐ Większy

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

brak bólu — umiarkowany ból — bardzo silny ból

9 INFORMACJA RODO

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Dane osobowe przetwarzane są przez Luksja-Med Sp. z o.o. zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
Pełna klauzula informacyjna RODO dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.

Luksja-Med sp. z o.o.
ul. Staro pijarska 3 | 21-400 Luków
tel. 25 798 52 30 | 504 860 267
biuro@luksja-med.pl | www.luksja-med.pl
NIP 8252011303 | REGON 060027587 | KRS 0000233407