

ANKIETA DLA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

ZAZNACZ liczbę od 0 do 10, która najlepiej obrazuje natężenie bólu **przed rozpoczęciem rehabilitacji**

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

0 - oznacza brak bólu, 5 - oznacza umiarkowany ból, 10 - oznacza bardzo silny ból

CHOROBY LECZONE OBECNIE

NADCZYNNOSĆ TARCZYCY | NIEDOCZYNNOSĆ TARCZYCY | NADCIŚNIENIE TĘTNICZE | CUKRYCA | CHOROBY KARDIOLOGICZNE | ASTMA |
CHOROBY ALERGICZNE

INNE, jakie? _____

Czy w okresie ostatnich 10 lat był Pan/Pani leczony/a na choroby nowotworowe? TAK [] NIE []

Ciąża TAK [] NIE []

Rozrusznik serca TAK [] NIE []

Zespolenia metalowe lub inne, implanty (jeśli TAK to gdzie?) _____

Przyjmowane i stosowane leki, maści _____

PRZEBYTE ZABIEGI OPERACYJNE W OKRESIE OSTATNICH 10 LAT (jeśli TAK to jakie?) _____

Podpis pacjenta (czytelny)* _____

Wyrażam zgodę na wykonanie badań i testów fizjoterapeutycznych oraz zabiegów zleconych przez lekarza lub magistra fizjoterapii według skierowania z dnia _____

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

Podpis pacjenta (czytelny)* _____

Podstawa prawna: Art. 15-19 ustawy z dnia 16 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz Art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

POUCZENIE

UWAGA! Pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 18 r.ż., świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie!

PRZED ZABIEGIEM: należy zgłosić fizjoterapeucie chwilowe, aktualne niedomagania, tj. ból głowy, osłabienie, skoki ciśnienia, gorączka, przeziębienie, miesiączka, itp. Skóra w miejscu zabiegowym oraz jego okolicy musi być oczyszczona i sucha, należy zdjąć biżuterię, itp.

W TRAKCIE ZABIEGU: nie wolno poruszać się i zmieniać pozycji ciała. Zabrania się samowolnie dotykać, włączać, regulować aparatów i urządzeń medycznych. W razie negatywnych odczuć (ból, pieczenie, parzenie, szczypanie, itp.) fakt ten należy niezwłocznie zgłosić fizjoterapeucie!

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

OŚWIADCZAM, że zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem, rozumiem i akceptuję warunku uzyskania świadczenia.

Podpis pacjenta (czytelny)* _____

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

Podpis fizjoterapeuty _____

ANKIETA DLA PACJENTA KOŃCZĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

(należy wypełnić ostatniego dnia zabiegowego)

ZAZNACZ liczbę od 0 do 10, która najlepiej obrazuje natężenie bólu **po zakończonej rehabilitacji**

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

0 - oznacza brak bólu, 5 - oznacza umiarkowany ból, 10 - oznacza bardzo silny ból

UZYSKANO POPRAWĘ (proszę zaznaczyć X) :

- NIEZNACZNA []
- UMIARKOWANA []
- ZNACZNA []
- CAŁKOWITĄ []
- BRAK POPRAWY []
- POGORSZENIE []

BÓL W MIEJSCU ZABIEGOWYM WYSTĘPUJĄCY OBECNIE (proszę zaznaczyć X) :

- MNIEJSZY []
- BEZ ZMIAN []
- WIĘKSZY []

Podpis pacjenta (czytelny)* _____

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