

pieczętka

Zgoda pacjenta na fizjoterapię

imię i nazwisko pacjenta

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabiegi fizjoterapeutyczne: **Fizykoterapia – elektroterapia. Dotyczy zabiegów: galwanizacja, jonoforeza, prądy DD, prądy TENS, prądy interferencyjne, elektrostymulacja**, nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

Galwanizacja - Poprawia zdolność reakcji i funkcji nerwów ruchowych, działa przekrwienne, przeciwbólowo, przeciwzapalnie, pobudza wzrost komórek. Ilość zabiegów w okresie 3 miesięcy nie powinna przekraczać 10-15 zabiegów

Jonoforeza - Wprowadzenie leku przez skórę przy wykorzystaniu prądu stałego. Ilość zabiegów w okresie 3 miesięcy nie powinna przekraczać 10 - 20 zabiegów

Prądy DD, Prądy interferencyjne - Działanie znieczulające, powodujące przekrwienie, uspokajające układ współczulny. Pobudza resorpcję, wzmacnia tkankę łączną. Ilość zabiegów w okresie 3 miesięcy nie powinna przekraczać od 1 do 3 serii po 10 zabiegów.

Prądy TENS - Działanie p/bólowe, stymulujące mięśnie. Ilość zabiegów w okresie 3 miesięcy nie powinna przekraczać 1 do 3 serii po 10 zabiegów

Elektrostymulacja - Stymulowanie mięśni odpowiednio dobranym rodzajem prądu. Ilość zabiegów w okresie 3 miesięcy nie powinna przekraczać 20 – 30 zabiegów

Oświadczam, że zostałam/zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowana/poinformowany o:

- celu ww. świadczenia zdrowotnego, ewentualnych powikłaniach mogących mieć z nim związek oraz sposobie postępowania po jego wykonaniu,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach fizjoterapii, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu fizjoterapeutycznego oraz innych sposobach terapii (zamiast proponowanego zabiegu fizjoterapeutycznego), jak również o ryzyku związanym z procedurami.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy miałam/miałem możliwość zadania lekarzowi/fizjoterapeucie pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz możliwych powikłań i uzyskałam/uzyskałem od lekarza/fizjoterapeuty wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg fizjoterapeutyczny pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym zagrażających zdrowiu lub życiu), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej i jednocześnie mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego świadczenia zdrowotnego.

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i zrozumiałam/zrozumiałem powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza/fizjoterapeutę, w tym w szczególności na temat ryzyka i możliwych powikłań.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby zagrozić memu życiu lub zdrowiu. W takim przypadku, lekarz/fizjoterapeuta będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Oświadczam, że moje dane medyczne przedstawione poniżej są prawdziwe i kompletne.

Istotne dane medyczne:	tak	nie	Istotne dane medyczne:	tak	nie
Nadciśnienie			Choroby skóry		
Cukrzyca			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Niewydolność krążenia			Przebyty incydent neurologiczny		
Choroba wieńcowa			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca		
Żylaki podudzia			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne:					

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do zabiegów elektroterapii:

Przeciwwskazanie:	tak	nie	Przeciwwskazanie:	tak	nie
Nowotwory łagodne i złośliwe			Skaza krwotoczna		
Ropne stany zapalne skóry i tkanek miękkich			Ostre procesy zapalne i infekcje ogólne		
Ciąża			Osobnicza nietolerancja prądu		
Zmiany na skórze (wypryski, owrzodzenia) - dotyczy pola zabiegowego			Wszczepiony stymulator serca		
Porażenia spastyczne (z wyjątkiem zabiegu tonolizy - stymulacji mięśni porażonych spastycznie)			Zakrzepy, zakrzepowe zapalenie żył, zagrożenie zatorami		
Stany gorączkowe			Metale w tkankach poddawanych zabiegowi (np. endoproteza)		
Miejscowe zaburzenie czucia			Miażdżyca zarostowa tętnic (w okresie II-IV wg Fontaine'a)		

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

..... dnia

.....
(czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)

.....
(W przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż. zgoda równoległa Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)