

**Formularz świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotne
wykonywane przez fizjoterapeutę**

I. Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia, nr PESEL:

Adres:.....

Nr telefonu:

Charakterystyka świadczenia:

.....
.....

Zakres i cel proponowanego świadczenia:

.....
.....

Alternatywne leczenie obejmuje :

1.
2.

II. Przeciwwskazania do świadczenia:

1.
2.
3.

Zostałem poinformowany o powyższych przeciwwskazaniach, wobec czego oświadczam, że:
(należy zakreślić „X”)

- Nie występują u mnie zaburzenia krzepnięcia krwi;
- Nie stosuję leków przeciwzakrzepowych;
- Nie występują u mnie ostre stany zapalne w okolicy poddawanej zabiegowi;
- Nie występują u mnie zmiany nowotworowe;
- Nie stosuję leków sterydowych;
- Nie występuje u mnie ciężkie uszkodzenie mięśnia sercowego, wysokie ciśnienie tętnicze, nie mam wszczepionego rozrusznika;
- Nie cierpię na ciężką astmę oskrzelową.
- ???

III. Proszę wskazać przebyte operacje i zabiegi, ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnych powikłań*:

W ciągu ostatnich sześciu miesięcy: byłem/am

- Operowany/a.....
- Miałem/am przetaczaną krew /preparaty pochodne krwi/.....
- Inne zabiegi (ew. uwagi).....

*Jeśli brak innych operacji lub zabiegów – proszę o wskazanie: „brak operacji lub zabiegów”
i podpis

.....

IV. Dające się przewidzieć powikłania:

1.
2.

Ponieważ nie można przewidzieć wszystkich możliwych komplikacji, powyższa lista może być niekompletna. Mogą również wystąpić komplikacje nieraportowane dotąd w literaturze.

V. Oświadczenia (należy zakreślić oświadczenia, z którymi się Pan zapoznał):

- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o wyżej wymienionych przeciwwskazaniach i zaleceniach po wykonaniu świadczenia.
- Oświadczam, że nie występują u mnie żadne z wyżej wymienionych czynników lub okoliczności, stanowiących przeciwwskazania do wykonania świadczenia i mam świadomość, że w przypadku ich zatajenia biorę na siebie pełną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego świadczenia, w tym możliwość wystąpienia powikłań.
- Oświadczam, że zostałem wyczerpująco poinformowany/a o technice i sposobie wykonania świadczenia, o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach związanych ze świadczeniem, sposobie postępowania po wykonaniu świadczenia, przypadkach, w których konieczna może okazać się reoperacja, o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania rehabilitacji) i alternatywnych zabiegach fizjoterapeutycznych.
- Jestem ponadto świadomy/a, że ostateczny efekt świadczenia zależy od wielu czynników wymienionych w informacji o zakresie świadczenia, między innymi od stanu mojego zdrowia, wieku, indywidualnej reakcji organizmu.
- Jestem świadomy/a, że w przypadku wystąpienia powikłań niezawinionych przez przeprowadzającego świadczenie, koszty ich leczenia będę ponosić we własnym zakresie.
- W przypadku przeprowadzenia świadczenia zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, a nie uzyskania przeze mnie spodziewanego wyniku - jestem również świadomy/a, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przed przystąpieniem do świadczenia, a moimi oczekiwaniami.
- Zobowiązuję się do natychmiastowego i osobistego skontaktowania się z lekarzem/specjalistą w przypadku wystąpienia u mnie zdarzenia niepożądanego po moim powrocie do domu. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza/specjalistę o wystąpieniu któregokolwiek z działań niepożądanych, w przypadku jego utrzymywania się przez okres dłuższy niż jeden tydzień i/lub o wystąpieniu jakiegokolwiek innego zdarzenia niepożądanego.
- Oświadczam, że przed rozpoczęciem świadczenia udzieliłem/am wszelkich dodatkowych i wyczerpujących informacji na temat mojego stanu zdrowia.
- Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do świadczenia.
- Wszelkie informacje były dla mnie zrozumiałe i podane w przystępnej formie.
- Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do świadczenia, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody, a wykonaniem świadczenia był w zupełności wystarczający, abym mógł w sposób w pełni dla mnie rozumiały zapoznać się z jej treścią.

- W trakcie rozmowy z fizjoterapeutą prowadzącym miałem/am możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących świadczenia. Wszystkie pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający. Podczas rozmowy miałem możliwość zadawania pytań dotyczących postępowania przed-, śród- i po udzieleniu świadczenia, jakie mogą wystąpić podczas świadczenia, ryzyka związanego z planowanym świadczeniem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący.
- Oświadczam, że zapoznałem /am się i akceptuję regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę obowiązku informacyjnego w celu objęcia mnie świadczeniem zdrowotnym przez podmiot leczniczy.

Uwagi Pacjenta *:

.....

*w razie braku uwag proszę o wskazanie: „brak uwag” i podpis

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie świadczenia.

Podpis Pacjenta (czytelnie).....

Rozumiem, że pomimo wcześniejszego ustalenia z fizjoterapeutą szczegółów świadczenia, podczas jego trwania, może wystąpić konieczność dokonania zmian takich jak:

- odstąpienie od świadczenia:

Wyrażam zgodę na wykonanie oprócz w/w świadczenia, także wszelkich innych niemożliwych do przewidzenia procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia wynikłych w trakcie świadczenia nieprawidłowości.

- Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej ze świadczeniem
- Wyrażam zgodę na fotografowanie, utrwalenie przebiegu świadczenia za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Podpis Pacjenta (czytelnie):

Upoważniam do pobierania informacji na temat mojego stanu zdrowia, rozpoznania, wszelkich informacji dotyczących świadczenia, rokowania oraz innych informacji związanych z procesem diagnostyczno – terapeutycznym niżej wymienione osoby:

- 1
 (dane osobowe – imię i nazwisko oraz dane umożliwiające nawiązanie kontaktowe – np. nr telefonu)

Podpis wykonującego świadczenie