



**CENTRUM
TWOJEGO
ZDROWIA**

Centrum Twojego Zdrowia

Gabinet Lekarski Bartłomiej Guzik-Med

ul. Kielecka 2; 31-526 Kraków

Regon: 120238020; NIP: 676-208-07-33

www.centrumtwojezdrowia.pl tel. 577 622 112

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ/MASAŻYSTĘ

Data: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL: _____ Telefon: _____

Przebyte i obecne choroby*:

uczulenia _____

choroba nowotworowa _____

gruźlica _____

nadciśnienie _____

choroba serca np. przebyty zawał _____

padaczka _____

choroby krwi _____

cukrzyca _____

choroby naczyń np. żylaki, miażdżycy _____

nietrzymanie moczu _____

udar mózgu _____

endoproteza _____

implanty/rozrusznik serca _____

zaburzenia równowagi _____

depresja/nerwica _____

osteoporoza _____

choroby skóry _____

inne występujące choroby i problemy zdrowotne (jakie?) _____

Przebyte urazy, operacje:

Stosowane leki:

Ciąża*:

tak _____

nie _____

nie dotyczy _____

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

*prawidłową odpowiedź zaznacz „, +

Oświadczam, że zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem poinformowany/-a o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania masażysty o zmianach statusu zdrowia.

Wyrażam świadomą zgodę na suche igłowanie udzielane przez fizjoterapeutę.

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego