

KARTA PACJENTA

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU FIZJOTERAPEUTYCZNEGO / ESTETYCZNEGO

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu / pakietu zabiegów:

Zostałem/-am wyczerpująco poinformowany/-a o:

- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
 - technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
 - możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu,
 - o wszelkich następstwach i możliwych powikłaniach zabiegu,
 - sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
 - czasie, po upływie którego może/powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg:
-
- minimalnej ilości zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu.

Została mi przekazana informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegów w warunkach domowych. Fizjoterapeuta udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu w warunkach domowych może wpłynąć na efekty zabiegów.

Poinformowano mnie także, że efekty zabiegowe/terapeutyczne uzależnione są od cech pacjenta i nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań fizjoterapeuty po wykonaniu zabiegu/serii zabiegów.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które fizjoterapeuta zadawał mi w trakcie wywiadu odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów.

Informacje przekazane przez fizjoterapeutę są rzetelne, wyczerpujące i w pełni dla mnie jasne i zrozumiałe. Jestem świadomy/-a, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem/-am poinformowany/-a przez fizjoterapeutę przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadomy/-a, że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez fizjoterapeutę przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z fizjoterapeutą miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegów.

.....
Data i podpis fizjoterapeuty

.....
Data i podpis pacjenta

Proszę o zaznaczenie odpowiedzi TAK lub NIE

	Tak	Nie
Ciąża		
Choroba nowotworowa lub okres po zakończeniu choroby nowotworowej		
Skłonności do krwawień, choroby krwi, zaburzenia krzepnięcia, stosowanie antykoagulantów		
Osteoporoza		
Miażdżyca		
Zakrzepica		
Implanty metalowe w okolicy zabiegowej Rozrusznik		
Polip w miejscu zastosowania		
Polineuropatia Cukrzyca		
Stan zapalny w fazie ostrej		
Leczenie kortykosteroidami		
Żylaki w miejscu zabiegowym		
Padaczka		

.....

Podpis pacjenta