

ZGODA PACJENTA

Imię i nazwisko: _____

nr PESEL: _____

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie przez fizjoterapeutę, następujących świadczeń zdrowotnych:

Przed wyrażeniem zgody zostałem poinformowany o: zakresie świadczenia zdrowotnego, które ma być wobec mnie przeprowadzone, jego przebiegu, przeciwwskazaniach, zaniechaniu świadczenia zdrowotnego, możliwych do przewidzenia objawach towarzyszących wykonywaniu świadczenia zdrowotnego, a także zakładanych i przewidywanych skutkach wykonania świadczenia zdrowotnego

Nadto wyrażam zgodę na wykonanie przez fizjoterapeutę świadczeń tzw. suchego igłowania, przezskórnej elektrolizy lub neuromodulacji (zbiegów w trakcie których przerywana jest ciągłość tkanek takich jak skóra czy mięśnie)

Tak Nie

Przed wyrażeniem zgody, zostałem poinformowany o zakresie, przebiegu, znanych przeciwwskazaniach, zaniechaniu wykonania świadczenia, możliwych do przewidzenia objawach towarzyszących świadczeniu, a także zakładanych i możliwych do przewidzenia skutkach wykonania świadczenia tzw. suchego igłowania/ przezskórnej elektrolizy/ neuromodulacji

Data oraz podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

Ponadto zapoznałem się z treścią i akceptuję regulamin podmiotu leczniczego Osseus Fizjoterapia oraz zapoznałem się i akceptuję informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez spółkę H. K. Osseus Fizjoterapia S.C. z siedzibą w Krakowie przy ul. Pleszowskiej 29, 31-228.

Data oraz podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

* podpis:

1. Pacjent pełnoletni, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych (nie jest ubezwłasnowolniony) – podpisuje sam pacjent
2. Pacjent który ukończył 16 lat ale nie ukończył 18 lat – podpisuje pacjent i rodzic/opiekun prawny (lub opiekun faktyczny, jak nie ma opiekuna prawnego)
3. Pacjent, który nie ukończył 18 roku życia – podpisuje rodzic/opiekun prawny (lub opiekun faktyczny, jak nie ma opiekuna prawnego)
4. Pacjent, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.