

## **Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę**

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego wykonywanego przez fizjoterapeutę w ramach przeprowadzanych przez niego czynności zawodowych.

Oświadczam, że fizjoterapeuta przeprowadził ze mną szczegółowy wywiad, oraz że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że wymienione podczas wizyty i świadczenia zdrowotnego dane są danymi poufnymi.

Oświadczam, że fizjoterapeuta poinformował mnie o możliwych przeciwwskazaniach do wykonania świadczenia, o wymaganych zasadach przygotowania do wykonania świadczenia, możliwych powikłaniach oraz możliwych odczuciach w trakcie wykonywania świadczenia zdrowotnego jak i możliwych do przewidzenia reakcjach organizmu po udzieleniu świadczenia.

Oświadczam, że powyższe zasady 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.

.....

**Podpis pacjenta**

**Patient's consent to health services provided by a physiotherapist**

I, the undersigned, consent to the performance of the health service performed by a physiotherapist as part of his professional activities.

I declare that the physical therapist has conducted a detailed interview with me and that I have provided exhaustive and truthful information about my health and at the same time undertake to inform the physiotherapist immediately about any changes in my health status.

I acknowledge that the informations mentioned during the visit and the health service are confidential.

I declare that the physiotherapist has informed me about possible contraindications for the treatment, about the required rules of preparation for the performance of the service, possible complications and possible feelings during the performance of the health service, as well as about the foreseeable reactions of the body after the service is provided.

I declare that I have understood the above rules and that I have also obtained all explanations regarding the health services provided in my case. I have been informed about the risk related to the provision of a health service and the consequences of omitting the ordered services, including their arbitrary modification. I have been informed about the possibility of using alternative health services.

I understand that, as with all general medical procedures, the positive effects of health services provided by a physiotherapist are not guaranteed. I was given unlimited possibilities to ask questions about the services provided and all of them were given comprehensive and understandable answers and explanations. I am aware of the possible reactions of the body after the provision of the service.

.....

**Patient's signature**