

Zgoda na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę w Centrum Rehabilitacji FAMA-STA

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

PESEL:.....

Rodzaj świadczenia zdrowotnego: **zabiegi fizjoterapeutyczne**

Proszę przeczytać formularz oraz odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu.

Choroby lub problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania do udzielenia świadczenia zdrowotnego:

Przeciwwskazania	TAK	NIE
choroba onkologiczna		
epilepsja		
kardiowerter/stymulator/rozzrusznik serca		
zmiany skórne/otwarte rany na skórze/sączące się rany		
złamania kości, zwichnięcia stawów		
ciężka miażdżyca		
ciąża w pierwszym trymestrze/ciąża zagrożona		
choroby zakaźne		
infekcja z lub bez gorączkowania		

Inne choroby i problemy zdrowotne stanowiące przeciwwskazania niewymienione w tabeli:

.....
.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Oświadczam, że rozumiem wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń fizjoterapeutycznych i ryzyko związane z ich udzielaniem. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Zapewniono mi możliwość zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

SKRÓCONA WERSJA KLAUZULI OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO

Administratorem Twoich danych osobowych zawartych we wskazanym formularzu jest:

ZCTiR Sp. z o.o. ul. Kołobrzaska 32, 72-330 Mrzeżyno

Twoje dane osobowe przetwarzane są w celu zarządzania i udzielania świadczenia zdrowotnego. Z pełną treścią klauzuli obowiązku informacyjnego oraz przysługującymi Ci prawami możesz zapoznać się w recepcji lub poprzez kontakt z nami.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ZCTiR Sp. z o.o w celu realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym danych wrażliwych na temat stanu mojego zdrowia.

Oświadczam, że znane mi są przepisy o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą. Moje dane osobowe udostępniam świadomie i dobrowolnie. Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu do nich, żądanie ich poprawienia lub usunięcia oraz zaprzestania przetwarzania.

Klauzula RODO dostępna w recepcji obiektu.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Upoważnienie dotyczące uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta, udzielonych świadczeń zdrowotnych i dokumentacji medycznej

Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach medycznych i mojej dokumentacji medycznej. *

Osobą upoważnioną do uzyskania informacji o stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach medycznych i mojej dokumentacji medycznej jest. *

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL:.....

.....
adres zamieszkania

.....
data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Podstawa prawna;

1. Przepisy ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta tekst jedn. Dz.U. 2017 r. poz. 1318 z póź. zm. Art. 9 ust. 2 i ust.3
2. § 8 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr. 252 poz. 1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

* Niewłaściwe skreślić