

 GWAREK	Karta prawna - wypełnia klient	Fa/60/02
		W: 01.08.2016r.

Ja niżej podpisana (y).....PESEL.....
legitymująca(y) się dowodem osobistym/paszportem nr.....

1. Wyrażam świadomą zgodę/ nie wyrażam zgody* na wstępny wywiad diagnostyczny i świadczenie usług komercyjnych udzielanych przez osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty.

.....
Data

.....
Podpis klienta/ rodzica/
opiekuna prawnego lub faktycznego

2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Porządkowym ZS-SRNR „Gwarek” i w pełni akceptuję jego postanowienia.

.....
Data

.....
Podpis klienta / rodzica/
opiekuna prawnego lub faktycznego

3. Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam/ nie upoważniam nikogo*

Nazwisko i imię osoby upoważnionej.....nr tel.....
Adres.....

4. Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam/ nie upoważniam nikogo*

Nazwisko i imię osoby upoważnionej.....nr tel.....
Adres

5. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany o możliwości oddania rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego. Nr dokumentu depozytowego:.....

.....
Data

.....
Podpis klienta / rodzica/
opiekuna prawnego lub faktycznego

*) – niepotrzebne skreślić



6. Rozmowa z fizjoterapeutą.

Prosimy, aby zapytał/a nas Pan/Pani o wszystko, co chciałby/chciałaby Pan/Pani wiedzieć w związku z zaplanowanymi świadczeniami profilaktycznymi. Wszelkie informacje dotyczące przyjęcia, wstępnego wywiadu diagnostycznego oraz świadczenia usług fizjoterapeutycznych, jak również oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego fizjoterapeuty udzielającego tych świadczeń w ZS-SRNR „Gwarek”. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

Pytania dotyczące kwestii wymagających wyjaśnienia:

.....

.....

Data

.....

Podpis fizjoterapeuty

7. Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej Karcie prawnej oraz przekazane mi podczas rozmowy z Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono satysfakcjonujących odpowiedzi i wyjaśnień. Poinformowano mnie również wyczerpująco o wskazaniach, jak również o przeciwwskazaniach do korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych oraz o możliwości zapoznania się z listą wskazań i przeciwwskazań w każdym czasie, umiejscowioną w Recepcji. Przyjmuję do wiadomości, że listy wskazań i przeciwwskazań do poszczególnych zabiegów znajdują się również w miejscach ich wykonywania.

.....

Data

.....

Podpis klienta / rodzica/
opiekuna prawnego lub faktycznego

.....

Podpis fizjoterapeuty

8. Oświadczenie klienta.

Po osobiście przeprowadzonej rozmowie, zapoznaniu się z listą wskazań i przeciwwskazań, jak również w oparciu o informacje udzielone w formularzu „Wywiad ogólny ” oświadczam, że jestem zdrowa(y) i nie mam żadnych przeciwwskazań medycznych, które uniemożliwiają mi korzystanie ze świadczeń profilaktycznych w ZSSRNR „Gwarek” w ramach proponowanych usług komercyjnych, w szczególności:

- Gimnastyka indywidualna z elementami PILATES
- Gimnastyka grupowa z elementami PILATES
- Gimnastyka ogólnousprawniająca grupowa (stawy)
- Diagnostyka funkcjonalna i/lub trening funkcjonalny
- Masaż klasyczny: kręgosłup / odc.C / odc.Th / odc.LS / kg / kd
- Masaż limfatyczny/sportowy/relaksacyjny/odchudzający
- Masaż suchy na łóżku wodnym
- Okłady borowinowe
- Kąpiel solankowa
- Kąpiel perełkowo-ozonowa
- Masaż podwodny mechaniczny
- Natrysk płaszczowy
- Sauna IR

.....

Data

.....

Podpis klienta / rodzica/
opiekuna prawnego lub faktycznego

.....

Podpis fizjoterapeuty