



Nazwisko i imię pacjenta .....

Data ur. ....

1. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów zleconych przez lekarza lub mgr fizjoterapii  
wg skierowania z dnia .....

2. **Przyjmuję do wiadomości, że niezgłoszenie się na zabiegi w  
wyznaczonym terminie bez wcześniejszego powiadomienia  
spowoduje skreślenie z listy oczekujących.**

Informacje dotyczące nieobecności można zgłaszać pod nr tel:

- 91 577 00 12 rejestracja                      lub                      91 577 00 16 sekretariat

3. Oświadczam, że w trakcie realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych nie korzystam z rehabilitacji refundowanej przez NFZ w innej placówce.

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

**ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJACEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE**

1. Proszę podać czynniki mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji (np. ciąża, rozrusznik serca, zespolenie metalowe lub inne, implanty) lub wpisać : nie dotyczy

.....  
.....  
.....  
.....

2. Czy w okresie 10 lat był Pan, Pani leczony na choroby nowotworowe ? (właściwe zaznaczyć) TAK / NIE

Zobowiązuję się zgłosić fizjoterapeucie każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

Stosowane prądy elektryczne o zbyt dużej amplitudzie mogą powodować oparzenie ciepłe tkanek. Prądy o różnej częstotliwości, stosowane do pobudzania nerwów lub mięśni mogą wywołać uszkodzenie tkanek przez zbyt silne lub długo utrzymujące się skurcze mięśni. Może również nastąpić uszkodzenie więzadeł lub mięśni, oderwanie się skrzepu w naczyniach krwionośnych, rozprzestrzenianie się infekcji lub zwiększanie krwawienia.

Prąd elektryczny działający na mięsień sercowy może spowodować zatrzymanie krążenia w skutek migotania komór.

Istnieje obawa, że prąd elektryczny może przyspieszyć rozwój nowotworów złośliwych i przerzutów.

W przypadku uszkodzenia izolacji przewodników lub zwarcia w aparacie może nastąpić porażenie prądem. Ciepło działające w sposób niepożądany uczynnia utajone infekcje i stany zapalne, może wywołać obrzęki i krwawienia, zakłócenie w czynności serca i układu krążenia.

Przy naświetlaniach promieniami podczerwonymi mogą wystąpić oparzenia I°, II°, III°, udar cieplny, uszkodzenie narządu wzroku, porażenie prądem.

Podczas zabiegu krioterapii mogą wystąpić odmrożenia.

Zaburzenia snu, koncentracji, uczucie ciepłoty lub odrętwienia, wzrost ciśnienia krwi, bóle głowy, zaburzenie cyklu menstruacyjnego u kobiet (pole magnetyczne).

## POUCZENIE

### PRZED ZABIEGIEM: WAŻNE !!

- \* przed przystąpieniem do zabiegów należy zgłosić terapeutce aktualną miesiączkę oraz inne chwilowe niedomagania, takie jak ból głowy, osłabienie czy gorączkę.
- \* należy usunąć przedmioty metalowe (biżuterię), oczyścić skórę w miejscu zabiegu.

### W TRAKCIE ZABIEGU:

- \* nie wolno poruszać się, zmieniać pozycji ciała
- \* zabrania się samowolnie dotykać, włączać, regulować aparatów i urządzeń medycznych (elektrod, przewodów, przycisków, wyłączników, zasilaczy itp.)
- \* w razie negatywnych odczuć (ból, pieczenia, parzenia itp.) fakt ten należy natychmiast zgłosić terapeutce.

### PO ZABIEGU:

- \* Należy odpocząć w poczekalni przez okres 20-30 min, szczególnie po zabiegach wykonywanych w obrębie głowy i jamy brzusznej.

**-Oświadczam, że zrozumiałem /-am pytania zawarte w ankiecie, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.**

**-Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z możliwymi powikłaniami i przeciwwskazaniami do zleconych zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.**

**-Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z pouczeniem, rozumiem i akceptuję warunki uzyskania świadczenia.**

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

**UWAGA!** Pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 18 roku życia, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie.  
U pacjenta w przedziale wiekowym 16-18 lat –zgodę podpisuje pacjent ORAZ rodzic lub opiekun.

Jeżeli pacjent nie ukończył 16 roku życia ANKIETĘ podpisuje wyłącznie jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny,