

INFORMACJA O DIAGNOSTYCE FUNKCJONALNEJ
dziecko, które ukończyło 16 lat - dwoje rodziców

W celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w postaci diagnostyki funkcjonalnej udzielanego w zakładzie leczniczym „Fizjoterapia Kobielska”, prowadzonym przez firmę „FiRM Michał Tomaszewski” pod adresem: ul. J. Poniatowskiego 29C/1, 05-400 Otwock, posiadającą numer NIP: 1181706708 oraz REGON: 529993282, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz wpisaną do rejestru podmiotów leczniczych, numer księgi rejestrowej: 000000284018, **prosimy o zapoznanie się z niniejszą informacją, a następnie o podjęcie decyzji o wyrażeniu lub niewyrażeniu zgody na jego udzielenie.**

INFORMACJA O ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM

NA CZYM POLEGA DIAGNOSTYKA FUNKCJONALNA I JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO JEJ PRZEPROWADZENIA?

Pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna albo kolejna wizyta, w trakcie której pacjent zgłasza nowy problem zdrowotny lub fizjoterapeuta sprawdza jaką poprawę udało się osiągnąć obejmuje diagnostykę funkcjonalną. Diagnostyka funkcjonalna to badanie przeprowadzane przez fizjoterapeutę, podczas którego ustala on problem zdrowotny pacjenta. Obejmuje ona szereg czynności, o wykonanie których fizjoterapeuta prosi pacjenta, jak np. dotknięcie podłogi palcami u rąk.

JAKIE SĄ PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ?

W zasadzie nie występują bezwzględne lub względne przeciwwskazania do przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej, niemniej jednak w przypadku wystąpienia ostrych dolegliwości bólowych należy zgłosić je fizjoterapeucie zanim zacznie się wykonywać diagnostykę funkcjonalną.

ODCZUCIA PACJENTA W TRAKCIE WYKONYWANIA DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ:

W trakcie wykonywania diagnostyki funkcjonalnej pacjent może odczuwać różnego rodzaju dolegliwości, również bólowe różnego stopnia. W przypadku, gdy pacjent zgłasza się z określonymi dolegliwościami zwłaszcza bólowymi, mogą one nasilić się.

ODCZUCIA PACJENTA PO PRZEPROWADZENIU DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ ORAZ MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Po przeprowadzeniu diagnostyki funkcjonalnej reakcje organizmu, które mogą wystąpić to: nasilenie dolegliwości lub pojawienie się innych dolegliwości również w innym miejscu.

W przypadku wystąpienia powikłań lub w przypadku, gdy wskazane powyżej reakcje nie ustąpią, nasilą się, pojawią się nowe dolegliwości lub nastąpi gwałtowne pogorszenie samopoczucia, konieczne jest niezwłoczne skonsultowanie się z fizjoterapeutą lub lekarzem.

PYTANIA PACJENTA:

W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z diagnostyką funkcjonalną należy zadać je fizjoterapeucie PRZED podpisaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

ZGODA NA DIAGNOSTYKĘ FUNKCJONALNA

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia oraz numer
PESEL pacjenta:

Adres zamieszkania pacjenta:
.....

DANE PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH:

Imię i nazwisko przedstawiciela
ustawowego:

Adres zamieszkania
przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko przedstawiciela
ustawowego:

Adres zamieszkania
przedstawiciela ustawowego:

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z informacją o diagnostyce funkcjonalnej i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.

MAJĄC NA WZGLĘDZIE POWYŻSZE OŚWIADCZAM, ŻE ŚWIADOMIE:
.....
(należy wpisać WYRAŻAM ZGODĘ lub NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA**
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO
NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA FIZJOTERAPEUTY O WSZELKICH ZMIANACH MOJEGO
STANU ZDROWIA ORAZ SAMOPOCZUCIA.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis pacjenta

MAJĄC NA WZGLĘDZIE POWYŻSZE OŚWIADCZAM, ŻE ŚWIADOMIE:
.....
(należy wpisać WYRAŻAM ZGODĘ lub NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA**
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ U
(należy wpisać imię i nazwisko dziecka) **I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA**
FIZJOTERAPEUTY O WSZELKICH ZMIANACH JEJ/JEGO STANU ZDROWIA ORAZ
SAMOPOCZUCIA.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

MAJĄC NA WZGLĘDZIE POWYŻSZE OŚWIADCZAM, ŻE ŚWIADOMIE:
.....
(należy wpisać WYRAŻAM ZGODĘ lub NIE WYRAŻAM ZGODY) **NA**
PRZEPROWADZENIE DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ U
(należy wpisać imię i nazwisko dziecka) **I ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO INFORMOWANIA**
FIZJOTERAPEUTY O WSZELKICH ZMIANACH JEJ/JEGO STANU ZDROWIA ORAZ
SAMOPOCZUCIA.

.....
miejsowość, data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta