

## **INFORMACJA O ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM w postaci terapii manualnej**

**W celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w postaci terapii manualnej udzielanej 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.**

### **NA CZYM POLEGA TERAPIA MANUALNA I JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO JEJ PRZEPROWADZENIA?**

Terapia manualna jest każdym rodzajem zabiegu wykonywanym rękoma przez fizjoterapeutę. Polega na diagnozowaniu i leczeniu czynnościowych zaburzeń narządów ruchu. Ze względu na wygodę pacjenta i terapeuty, ubranie pacjenta nie powinno ograniczać możliwości ruchu. Pacjent powinien przynieść ze sobą aktualne wyniki badań obrazowych. Terapeuta przed zabiegiem przeprowadzi dokładny wywiad z pacjentem. W miarę możliwości w dniu wizyty nie należy zażywać leków przeciwbólowych przed zabiegiem. W dniu wizyty nie wolno spożywać napojów alkoholowych!

### **JAKIE SĄ PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA TERAPII MANUALNEJ ?**

Przeciwwskazaniami bezwzględnymi do przeprowadzenia terapii manualnej są: brak współpracy pacjenta z terapeutą, świeże złamania kości, świeże zwichnięcia, zaawansowana osteoporoza, problemy z krzepliwością krwi, zakrzepica, nowotwory.

Przeciwwskazaniami względnymi do przeprowadzenia terapii manualnej są:  
porażenie mięśni, zakażenia skóry lub tkanek miękkich, łamliwość kości i inne.

Należy podkreślić, że każdorazowo o kwalifikacji pacjenta do zabiegu orzeka fizjoterapeuta, który czuwa nad doбором odpowiednich technik fizjoterapeutycznych dla danego pacjenta.

### **ODCZUCIA PACJENTA W TRAKCIE WYKONYWANIA TERAPII MANUALNEJ:**

Podczas zabiegu pacjent poddawany jest stopniowemu rozluźnianiu ciała. Odczucia pacjenta są zazwyczaj przyjemne, relaksujące. W efekcie pacjenci często doświadczają nie tylko fizycznej ulgi, ale także poprawy samopoczucia psychicznego. Podczas mocniejszych technik pacjent może odczuwać dyskomfort lub ból.

### **ODCZUCIA PACJENTA PO PRZEPROWADZENIU TERAPII MANUALNEJ ORAZ MOŻLIWE POWIKŁANIA:**

Po terapii pacjent zazwyczaj odczuwa ulgę w bólu, rozluźnienie tkanek lub całego ciała, zmniejszenie napięcia mięśniowego oraz poprawę zakresu ruchomości. Zdarza się również, że pacjent może odczuwać ból, zaczerwienienie w rejonie zabiegowym utrzymujący się kilka godzin nawet do 2-3 dni. Jest to tzw. reakcja obronna organizmu. Pacjent może również odczuwać objawy ogólnego „rozbicia” organizmu.

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 fizjoterapeutą lub lekarzem.

### **PYTANIA PACJENTA:**

**W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z terapią manualną należy zadać je fizjoterapeutcie PRZED podpisaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.**

**ZGODA PACJENTA**  
**NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

**DANE PACJENTA:**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data urodzenia oraz numer  
PESEL pacjenta: .....

Adres zamieszkania pacjenta: .....

Niniejszym oświadczam, że podczas wizyty przeprowadzonej w dniu \_\_\_\_\_:

1. **Udzieliłam/em fizjoterapeucie prawdziwych i wyczerpujących informacji o moim stanie zdrowia i jestem świadoma/y skutków podania nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji o moim stanie zdrowia. Zostałam/em poinformowana/y, że wszelkie udzielone przeze mnie informacje o stanie zdrowia mają poufny charakter.**
2. **Zostałam/em poinformowana/y przez fizjoterapeutę o moim stanie zdrowia oraz o moim stanie funkcjonowania.**
3. Fizjoterapeuta udzielił mi wyczerpującej informacji o proponowanych metodach leczenia, w tym następstwach ich zastosowania, o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych proponowanym sposobem leczenia w postaci terapii manualnej.
4. Fizjoterapeuta poinformował mnie o skutkach stosowania zaproponowanego leczenia w postaci terapii manualnej, jak również o skutkach zaniechania stosowania proponowanego leczenia, w tym o konsekwencjach wynikających z samowolnej modyfikacji zaproponowanego sposobu leczenia.
5. **Fizjoterapeuta poinformował mnie o spodziewanych wynikach leczenia, przy czym wyjaśniono mi, że spodziewanego efektu nie można zagwarantować. Jest on zależny od wielu czynników, w tym m.in. od zdolności regeneracyjnych mojego organizmu i stosowania się do zaleceń fizjoterapeuty.**
6. Fizjoterapeuta poinformował mnie o alternatywnych metodach leczenia oraz o ryzyku wynikającym z ich zastosowania.
7. **Zapoznałam się z powyższą informacją o świadczeniu zdrowotnym w postaci terapii manualnej i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.**
8. **Fizjoterapeuta odpowiedział wyczerpująco i w zrozumiały sposób na moje pytania związane z proponowanym sposobem leczenia.**

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

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

**Potwierdzam wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w postaci terapii manualnej w mojej obecności.**

.....  
miejsowość, data, godzina i podpis fizjoterapeuty