

2800 st

<p>.....</p> <p>(pieczęćka Działu)</p>	<p>Część I</p> <p>WYWIAD I</p> <p>OŚWIADCZENIE RODO</p>
--	---

Sucha Beskidzka, dnia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć: K / M

PESEL:

Adres zamieszkania :

Proszę dokładnie przeczytać formularz oraz starannie odpowiedzieć na zawarte w nim pytania zaznaczając właściwą odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” w odpowiednim polu (udzielenie wyczerpujących i prawdziwych informacji co do Pani/Pana zdrowia pozwoli na ustalenie indywidualnego planu rehabilitacji).

1. Cel fizjoterapii?	
<input type="checkbox"/>	ortopedyczny, jaki?
<input type="checkbox"/>	neurologiczny, jaki?
<input type="checkbox"/>	reumatologiczny, jaki?
<input type="checkbox"/>	d) onkologiczny, jaki?
<input type="checkbox"/>	e) schorzenia wieku dziecięcego (choroby dziecięce), jakie?
<input type="checkbox"/>	f) inne, jakie?
2. Przyczyna powstania problemu?	
<input type="checkbox"/>	a) uraz
<input type="checkbox"/>	b) wypadek
<input type="checkbox"/>	c) operacja
<input type="checkbox"/>	d) inne
3. Czas trwania objawów?	
<input type="checkbox"/>	a) tydzień
<input type="checkbox"/>	b) miesiąc
<input type="checkbox"/>	c) rok
<input type="checkbox"/>	d) dłużej niż rok
4. Co powoduje nasilenie/pogorszenie objawów?	
<input type="checkbox"/>	a) aktywność fizyczna
<input type="checkbox"/>	b) brak aktywności fizycznej
<input type="checkbox"/>	c) pozycja siedząca
<input type="checkbox"/>	d) pozycja stojąca

	e) chód (np. schody)
	f) inne, jakie?
5. Co powoduje zmniejszenie/ poprawę dolegliwości?	
	a) aktywność fizyczna
	b) brak aktywności fizycznej
	c) pozycja siedząca
	d) pozycja stojąca
	e) chód
	f) inne, jakie?
6. Czy objawy zmieniają się w czasie?	
<u>A) poprawa:</u>	
	a) rano
	b) w ciągu dnia
	c) wieczorem
	d) w nocy
<u>B) pogorszenie:</u>	
	a) rano
	b) w ciągu dnia
	c) wieczorem
	d) w nocy
7.Przebyte choroby/operacje:	
8.Przyjmowane leki:	
9. Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej:	
	a) fizyczna
	b) umysłowa
10. Czy jest Pan/Pani aktywna fizycznie?	
	a) tak
	b) nie
	c) od czasu do czasu
11. Hobby:	
12. Co stanowi dla Pani/Pana w chwili obecnej największy problem?	
	a) czynności samoobsługi, jakie?
	b) chodzenie
	c) pokonywanie schodów
	d) zmiana pozycji ciała
	e) ból umiejscowiony (gdzie?)
	f) zakres ruchu

g) obrzęk zlokalizowany (gdzie?).....
h) inne, jakie?
13. Przeciwwskazania do zabiegów fizykalnych
a) rozrusznik serca
b) nowotwory łagodne i złośliwe
c) metale w tkankach poddawanych zabiegowi (płytki, gwoździe)
d) endoproteza
e) zmiany na skórze (wypryski, owrzodzenia, świeże rany)
f) miejsca zaburzenia czucia
g) ostre procesy zapalne i infekcje ogólne
h) zaburzenia neurologiczne (współruchy, drżenia, itp.)
i) padaczka
j) zakrzepowe zapalenie żył
k) ciąża
l) miesiączka
ł) niewydolność krążeniowa
m) cukrzyca
n) nadciśnienie
o) gruźlica
p) stan po zabiegach kardiochirurgicznych

.....
podpis pacjenta

.....
imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
poprzez używanie w formie ustnej imienia i nazwiska przez personel ZOZ Sucha Beskidzka

Działając na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/UE oraz w związku z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych: ZOZ Sucha Beskidzka z siedzibą przy ul. Szpitalnej 22, 34-200 Sucha Beskidzka, polegające na używaniu w formie ustnej mojego imienia i nazwiska podczas czynności związanych z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkich komórkach/jednostkach organizacyjnych ZOZ Sucha Beskidzka.

Zgoda ma charakter generalny i dotyczy każdej wizyty.

Niniejszą zgodę wyrażam świadomie i dobrowolnie.

.....
czytelny podpis

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej z siedzibą przy ul. Szpitalnej 22, 34-200 Sucha Beskidzka, tel.: 33 8723100, adres e-mail: sekretariat@zozsuchabeskidzka.pl;
2. Kontakt z pracownikiem odpowiedzialnym za ochronę danych osobowych jest możliwy poprzez adres e-mailowy: masad@zozsuchabeskidzka.pl;
3. Moje dane osobowe są/będą zbierane oraz przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wyłącznie w celu świadczenia usług zdrowotnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) oraz c) i art. 9 ust. 2 lit. h) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE;
4. Przysługuje mi prawo żądania dostępu do treści danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia zgody na ich przetwarzanie, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
5. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu(*).
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe udostępnione przez Panią/Pana będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres ustawowo wymagany.

(*) Profilowanie - dowolna forma zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, która polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

.....
czytelny podpis