

2800 st/

<p>.....</p> <p>pieczęćka Działu</p>	<p>Część II</p> <p>PROGRAM REHABILITACJI I ZGODA PACJENTA</p>
--------------------------------------	--

Sucha Beskidzka, dnia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć: K/M

PESEL:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie/ICD:

Data wizyty fizjoterapeutycznej:

1. Badanie przedmiotowe. Analiza ruchu i postawy ciała

	PRZED
BÓL (subiektywne odczucia pacjenta)	
ból trudny do wytrzymania	
duży ból, konieczne leki przeciwbólowe	
utrzymujący się niewielki ból	
stan normy fizjologicznej	
ZAKRES RUCHOMOŚCI	
niemożność wykonania ruchu w stawie pow. 50%	
ograniczenie w zakresie 25-50%	
ograniczenie do 25%	
fizjologiczne	
SIŁA MIĘŚNIOWA	
uogólnione zaniki mięśniowe	
znaczne osłabienie (możliwy ruch w odciążeniu)	
nieznaczne osłabienie (ruch przeciwko sile ciężenia)	
możliwość wykonania ruchu przeciw oporowi	

2. Inne badania(np. Testy):

.....

.....

.....

Cel rehabilitacji:

.....

.....

Zabiegi:

.....

.....

podpis i pieczęćka fizjoterapeuty

Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Rodzaj i cel świadczenia zdrowotnego:

Oświadczam, że uzyskane wyjaśnienia dotyczące udzielanych mi świadczeń zdrowotnych są dla mnie zrozumiałe. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielania świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzielaniu świadczenia.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

5. Nie zgadzam się na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

6. Potwierdzenie fizjoterapeuty odbierającego zgodę.

.....
Data oraz pieczętka i podpis fizjoterapeuty