

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja nr PESEL:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur., nr PESEL:.....

i wyrażam zgodę:**

na usługę jednorazową w dniu:,

lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych przeprowadzeniem badania lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

.....
Miejscowość data

.....
podpis składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** właściwe zaznaczyć

FIZJO 4LIFE

Szanowna Pacjentko/ Szanowny Pacjencie,

Problem, z którym zgłosiła się Pani/ zgłosił się Pan do swojego fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne dna miednicy. Konieczna jest dokładna i profesjonalna diagnostyka, w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczno- treningowy dostosowany do Pani/ Pana indywidualnych potrzeb. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, Pani/Pana fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie przezpochwowe i/lub przezodbytnicze. Tylko dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu powrotu do zdrowia i sprawności. Z tych samych powodów może także zaistnieć potrzeba uzupełnienia badania o badanie aparaturowe.

Dane Pacjentki/ Pacjenta:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Pesel:

Miejscowość:

Data:

Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego:

Podpis terapeuty:

Fizjoterapeuta/ Fizjoterapeutka (nazwisko)..... przeprowadził/a ze mną osobistą rozmowę, podczas której otrzymałam/łem:

- Otrzymałam/łem wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania przezpochwowego/ przezodbytniczego,
- Miałam/ miałem możliwość zadania wszelkich pytań,
- Wraziłam/ miałem zgodę na przebadanie mnie przez pochwę/ odbył dobrowolnie,
- Zgodziłam/łem się na ewentualnie przeprowadzenie u mnie badania aparaturowego,
- Aparatura oraz jej zastosowanie zostało mi wyjaśnione oraz pokazane,
- Nie miałam/łem i nie mam żadnych więcej pytań

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mięśni dna miednicy przez pochwę/ odbył przez fizjoterapeutkę. Przy badaniu może towarzyszyć mi druga osoba.

Warszawa, dn.

Podpis:.....

Badanie per vaginum:

