

Pacjent:

Data: _____

nazwisko i imię

lat:

wiek**Oświadczenie pacjenta:**

1. W okresie ostatnich 10 lat byłem leczony(a):

a) na choroby nowotworowe

 tak nie

b) przebyłem(am) zabiegi operacyjne (jeśli tak, opisać jakie)

 tak nie

2. Obecnie leczone choroby:

3. Inne czynniki istotne dla procesu leczenia:

 ciąża rozrusznik serca zaburzenia rytmu serca (np. częstoskurcze, migotanie przedsionków, itp.) _____ zespolenia metalowe lub inne, implanty _____ inne _____

(przyjmowane leki, stosowane maści, korzystanie z zabiegów, itp.)

 nie zgłaszam, nie występuje żaden z powyższych.4. Wyrażam zgodę na udzielanie w okresie trwania leczenia świadczeń zdrowotnych¹:

a) badania lekarskie

 tak nie

b) udzielenie innych świadczeń (wymienić)

 tak _____**Oświadczam, że:**

1. Zrozumiałem(am) pytania zawarte w pkt.1-3, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

2. Zostałem(am) poinformowany(a) w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu leczenia o:

a) zasadach udzielania świadczeń wskazanych w pouczeniu na odwołanie, rozumiem je i akceptuję,

b) rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,

c) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania².

3. Przyjmuję wszelką odpowiedzialność za ryzyko ewentualnych powikłań powstałych w wyniku podania przeze mnie nieprawdziwych bądź zatajenia istotnych dla przebiegu leczenia informacji.

podpis pacjenta i/lub opiekuna *)

*) Uprawnieni do podpisu:

pacjent dorosły: pacjent osobiście lub jego opiekun prawny
w wieku 16-18 lat: pacjent **oraz opiekun** ustawowy lub prawny
w wieku do 16 lat: **wyłącznie opiekun** ustawowy lub prawny

Podstawy prawne:

¹art.16-19 ustawy z dnia 06 listopada 2008r.o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017,0,1318), d: uoppiRPP, oraz §8 ust.1 pkt 3 Rozp.MZ z dnia 09 listopada 2015r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej (Dz U.2015,0,2069)²art.9 uoppiRPP

POUCZENIE:

1. Zarejestrowany pacjent pierwszorazowy zostaje wpisany do kolejki oczekujących oraz otrzymuje informację o zaplanowanym terminie wizyty.
2. Prawo do korzystania ze świadczeń poza listą oczekujących przysługuje:
 - a) kobietom w ciąży,
 - b) dzieciom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
 - c) osobom posiadającym tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”,
 - d) uprawnionym żołnierzom lub pracownikom w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - e) inwalidom wojennym i wojskowym, kombatantom, działaczom opozycji antykomunistycznej, osobom represjonowanym z powodów politycznych.
3. Brak możliwości zgłoszenia się w wyznaczonym terminie pacjent zobowiązany jest zgłosić co najmniej 1 dzień wcześniej, osobiście, telefonicznie lub e-mailem (kontakt u dołu strony).
4. Nie zgłoszenie się pacjenta pierwszorazowego w ustalonym terminie bez wcześniejszego powiadomienia skutkuje skreśleniem go z listy oczekujących, w przypadku pacjenta będącego w trakcie leczenia wyznacza się inny, najbliższy możliwy termin.
5. Pacjent powinien dostarczyć na wizytę kserokopie posiadanych wyników badań, wypisów ze szpitala, itp., (kserokopie mogą być wykonane odpłatnie na miejscu w rejestracji).
6. Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista w ramach umowy z NFZ są bezpłatne, jeśli pacjent wykona je w miejscu wskazanym przez lekarza kierującego.
7. Wyniki badań diagnostycznych zlecanych w trakcie leczenia przez lekarza specjalistę są integralną częścią wewnętrznej dokumentacji medycznej podmiotu leczniczego i mogą być udostępnione pacjentowi na zasadach udostępniania dokumentacji medycznej (do wglądu lub kserokopia odpłatnie).
8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat oraz przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania oraz udzielenie innych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostyki i leczenia oraz dających się przewidzieć skutkach ich stosowania lub zaniechania.
9. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
10. Pacjentowi małoletniemu (do 18 roku życia) świadczenia zdrowotne mogą być udzielane bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie!.
11. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Lekarz może odmówić tej obecności, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Kontakt:

Zakład w Przemysłu, ul. Basztowa 13 : Rejestracja Ogólna tel. 16 678 66 66, w. 21, kom. 607876592, e-mail: rejestracja@fizjoterapiapl.pl
Dział Zabiegów tel. 16 678 66 66, w.48
Filia w Nienadowej, Nienadowa 502A : Rejestracja tel. 16 651 20 22, kom.781389584, e-mail: filia@fizjoterapiapl.pl