

## **ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI NA FIZJOTERAPIĘ**

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Numer telefonu do kontaktu.....

e-mail (jeśli posiadasz) .....

Oświadczam, że podczas wywiadu Kwalifikacyjnego udzielię wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego Stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Oświadczam, że dane te są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie wszelkich istotnych informacji związanych z moim stanem zdrowia może negatywnie wpływać na proces fizjoterapeutyczny. Naraża mnie to również na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą). W przypadku, gdy okaże się, że jestem poważnie chory, na choroby uniemożliwiające świadczenie Usług fizjoterapeutycznych również na odpowiedzialność karną.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące proponowanych mi świadczeń zdrowotnych.

Zostałem/-am poinformowany/-a o:

- ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie.
- możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są z góry zagwarantowane.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień.

Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

### **W związku z powyższym:**

***Wyrażam świadomą zgodę na (Zabiegi & Masaż & Terapię) zaproponowane mi świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę***

***Zabiegi dotyczyć będą okolic uzgodnionych w procesie Wywiadu i niezbędnych do przeprowadzenia ustalonej i zaakceptowanej Terapii.***

***Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o wszelkich zmianach mojego stanu Zdrowia oraz nieplanowanych reakcjach na proces Fizjoterapii.***

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb kontaktowych oraz na dołączenie moich danych do bazy danych pacjentów (zgodnie z aktualną ustawą o ochronie danych osobowych)

Data	Czytelny podpis

**COVID**

**1. WSZYSTKO NIE**

Tak

- Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

Tak Nie

- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak Nie

- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

Tak Nie

- Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak Nie

- Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak Nie

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....  
.....

- Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

Tak Nie

Data	Czytelny podpis