

.....  
pieczętka

# Zgoda pacjenta na fizjoterapię

.....  
imię i nazwisko pacjenta

		-			-					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na następujące zabiegi fizjoterapeutyczne: **Fala uderzeniowa**, nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

## Działanie zabiegu:

Fala uderzeniowa jest określana jako wysoce nieliniowa i nieharmoniczna akustyczna fala dźwiękowa, która charakteryzuje się gwałtowną zmianą amplitudy ciśnienia; generowana pneumatycznie jest transmitowana radialnie do obszaru bólowego za pomocą aplikatora.

Testy kliniczne wykazały, że fale uderzeniowe skierowane na powierzchnię ciała mają pozytywny wpływ na leczenie określonych schorzeń. Terapia falami uderzeniowymi jest procesem nieinwazyjnym.

Potwierdzam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości i zrozumiałam/zrozumiałem powyższe informacje, a także informacje udzielone mi przez lekarza/fizjoterapeutę, w tym w szczególności na temat ryzyka i możliwych powikłań.

Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby zagrozić memu życiu lub zdrowiu. W takim przypadku, lekarz/fizjoterapeuta będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Oświadczam, że moje dane medyczne przedstawione poniżej są prawdziwe i kompletne.

<b>Istotne dane medyczne:</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>	<b>Istotne dane medyczne:</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>
Choroby skóry			Choroba zakrzepowo-zatorowa		
Cukrzyca			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Nadciśnienie			Implanty metalowe/stymulator serca		
Niewydolność krążenia			Przebyty incydent neurologiczny		
Choroba wieńcowa			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego m-ca		
Żylaki podudzia			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne:					

Czy występują u Pani/Pana przeciwwskazania do zabiegów z użyciem fali uderzeniowej:

<b>Przeciwwskazanie bezwzględne:</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>
Aktywna choroba nowotworowa		
Hemofilia		
Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych		
Zakrzepica		
Ciąża		
Polineuropatia		
Dzieci w okresie wzrostu		
Stany gorączkowe i ostre stany zapalne		
Leczenie kortyzonem do 6 tygodni przed pierwszym zabiegiem		
<b>Przeciwwskazanie względne:</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>
Infekcje		
Rozrusznik serca		
Metalowe implanty, protezy cementowe		
Osteoporoza		

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

..... dnia .....

.....  
(czytelny podpis Pacjenta / Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)

.....  
(W przypadku Pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż.  
zgoda równoległa Przedstawiciela ustawowego Pacjenta)