

### ZGODA PACJENTA

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta .....

Numer PESEL lub data urodzenia: .....

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie w Centrum Rehabilitacji Koala następujących świadczeń zdrowotnych:

- fizjoterapia	TAK	NIE
- masaż	TAK	NIE
- USG	TAK	NIE
- suche igłowanie	TAK	NIE

Przed wyrażaniem zgody zostałam/em poinformowana/y o: zakresie świadczenia zdrowotnego, które ma być wobec mnie przeprowadzone, jego przebiegu, przeciwwskazaniach, zaniechaniu świadczenia zdrowotnego, możliwych do przewidzenia objawach towarzyszących wykonywaniu świadczenia zdrowotnego, a także zakładanych i przewidywanych skutkach wykonania świadczenia zdrowotnego.

Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie przez fizjoterapeutę w Centrum Rehabilitacji Koala diagnostyki uroginekologicznej (badanie per rectum/per vaginum).

TAK    NIE

Przed wyrażaniem zgody, zostałam/em poinformowana/y o zakresie, przebiegu, znanych przeciwwskazaniach, zaniechaniu wykonania świadczenia, możliwych do przewidzenia objawach towarzyszących świadczeniu, a także zakładanych i możliwych do przewidzenia skutkach wykonania świadczenia zdrowotnego.

\_\_\_\_\_  
Data oraz podpis pacjenta/opiekuna prawnego\*

1. Pacjent pełnoletni, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych (nie jest ubezwłasnowolniony) – podpisuje sam pacjent.
2. Pacjent, który ukończył 16 lat ale nie ukończył 18 lat – podpisuje pacjent i rodzic/opiekun prawny (lub opiekun faktyczny, jak nie ma opiekuna prawnego).
3. Pacjent, który nie ukończył 18 roku życia – podpisuje rodzic/opiekun prawny (lub opiekun faktyczny, jak nie ma opiekuna prawnego).
4. Pacjent, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, 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.