

ZGODA

Na udział zawodnika niepełnoletniego w zabiegu z zakresu kinezyterapii

Imię i nazwisko zawodnika

Data urodzenia zawodnika

PESEL zawodnika:

**Fizjoterapeuta Łukasz Zosiuk, kontakt telefoniczny: 607-827-356, email:
lukasz_zosiuk@wp.pl**

Wyrażam dobrowolną zgodę na zabiegi z zakresu kinezyterapii, nazywane dalej świadczeniem zdrowotnym.

Działanie zabiegu:

Kinezyterapia, w zależności od zaistniałej potrzeby, polega na: badaniu utraconych funkcji aparatu ruchu oraz leczeniu przy wykorzystaniu czynnika ruchu dla zmiany właściwości tkanek narządu ruchu, które przyczynowo lub objawowo są związane z zaburzeniem czynności organizmu; instruktażu słownym i/lub pisemnym indywidualnie dobranych ćwiczeń. Zastosowanie wyciągu ma działanie p/bólowe, korygujące, odbarczające, relaksacyjne, rozciągające.

Oświadczam, że zostałem/zostałam wyczerpująco i zrozumiale poinformowana/poinformowany o:

- Celu ww. świadczenia zdrowotnego, ewentualnych powikłaniach mogących mieć z nim związek oraz sposobie postępowania po jego wykonaniu,
- Rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach fizjoterapii, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu fizjoterapeutycznego oraz innych sposobach terapii (zamiast proponowanego zabiegu fizjoterapeutycznego), jak również o ryzyku związanym z procedurami.

Niniejszym potwierdzam, że w trakcie przedmiotowej rozmowy miałam/miałem możliwość zadania fizjoterapeucie pytań dotyczących sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, jego celowości oraz możliwych powikłań i uzyskałam/uzyskałem od fizjoterapeuty wyczerpujące, przystępne, zrozumiałe, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg fizjoterapii pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym zagrażających zdrowiu lub życiu), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej i jednocześnie mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego świadczenia zdrowotnego.

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

Oświadczam, że przyjmuję 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, fizjoterapeuta będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa.

Oświadczam, że dane osoby podlegającej świadczeniu medycznemu przedstawione poniżej są prawdziwe i kompletne.

Istotne dane medyczne	Tak	Nie	Istotne dane medyczne	Tak	Nie
Cukrzyca			Choroba zakrzepowo-zatorowa		
Nadciśnienie			Choroba skóry		
Choroba nowotworowa			Przewlekła choroba tkanki łącznej		
Ciąża			Implanty metalowe/stymulator serca		
Niewydolność krążenia			Przebyty incydent neurologiczny		
Choroba wieńcowa			Przebyty zabieg operacyjny w ciągu ostatniego miesiąca		
Żylaki podudzia			Wada wrodzona/uraz okołoporodowy		
Inne (podać jakie):					

Czy u osoby podlegającej świadczeniu medycznemu występują przeciwwskazania do zabiegów kinezyterapii:

Przeciwwskazanie bezwzględne:	Tak	Nie
Infekcje z podwyższoną temperaturą		
Przeciwwskazania względne:	Tak	Nie
Ciąża (wymagana opinia ginekologa)		
Padaczka		
Tętniak mózgu		
Niewyrównane ciśnienie tętnicze krwi (powyżej 140/90)		
Brak zrostu kostnego przy urazach ortopedycznych		
Niewyrównana cukrzyca (pojawiające się hipoglikemie)		
Osteoporoza		
Choroba nowotworowa		

Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

Wyrażam zgodę na obecność podczas badania oraz przekazania informacji o stanie zdrowia zawodnika trenerowi Andrzejowi Kajdanowi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyżej wskazanych danych osobowych w celu obsługi uczestnictwa dziecka w rywalizacji sportowej w sportach reprezentowanych przez PZA. Dane będą przetwarzane przez Polski Związek Alpinizmu z siedzibą przy ul. Mokotowska 24 lok. 62, 00-561 Warszawa i nie będą udostępniane podmiotom trzecim bez odrębnej zgody.

Miasto dnia

.....

(czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego zawodnika)