



TULIPANIE FIZJOTERAPIA Grzonek, Stanisławska-Krzyżanowska spółka jawna
ul. Konstantynowska 53
94-303 Łódź

ZGODA PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie przez fizjoterapeutę

.....

konsultacji fizjoterapeutycznej z zakresu uroginekologii Tak Nie

Przed wyrażaniem zgody zostałem poinformowany 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

Data oraz podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

* podpis:

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.