

**ANKIETA DLA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE**

Nazwisko i imię:		
PESEL:		
Obecnie leczone choroby:		
Istotne czynniki mogące mieć wpływ na proces rehabilitacji (ciąża, rozrusznik serca, implanty, przyjmowane leki, itp.):		
Przebyte zabiegi operacyjne w przeciągu ostatnich 10 lat:		
Czy w okresie ostatnich 10 lat przebyto leczenie nowotworowe: <i>(proszę zaznaczyć)</i>	TAK	
	NIE	

<b>ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO <i>(proszę zaznaczyć)</i></b>		
Badania i testy fizjoterapeutyczne:		TAK
		NIE
Zabiegi zlecane przez lekarza lub mgr fizjoterapii w zakresie:	kinezyterapii	WSZYSTKIE
		Z WYJĄTKIEM
	hydroterapii	WSZYSTKIE
		Z WYJĄTKIEM
	grota solna	WSZYSTKIE
		Z WYJĄTKIEM

<b>ANKIETA PRZED ZABIEGIEM W GRODZIE SOLNEJ <i>(proszę zaznaczyć)</i></b>		
<b>Czy występują następujące przeciwwskazania do zabiegu:</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Wyraźne zaostrzenie chorób układu oskrzelowo-płucnego		
Grypa		
Ostra wirusowa infekcja oddechowa		
Gorączka		
Przebyta gruźlica płuc z pozostałymi zmianami morfologiczno-funkcjonalnymi		
Rozedma		
Dyfuzyjne stwardnienie płuc z oznakami chronicznej niewydolności III stopnia		
Niewydolność wieńcowa		
Ostre choroby nerek		
Obecność lub podejrzenie nowotworów		

**PRZED ZABIEGIEM:**

**WAŻNE!** Przed przystąpieniem do zabiegów należy zgłosić terapeutce aktualną miesięczkę oraz inne chwilowe niedomagania, takie jak ból głowy, osłabienie czy gorączka.

**PO ZABIEGU:**

Należy odpocząć w poczekalni przez okres 10-15 minut.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zrozumiałem/am pytania zawarte w ankiecie, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że zapoznałem się z regulaminami obowiązującymi na terenie obiektu. **Zobowiązuję się zgłosić terapeutce każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z uwagami dotyczącymi korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych oraz przeciwwskazaniami do zleconych mi zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

.....  
(Czytelny podpis pacjenta i data)\*

\*) Jeżeli pacjent nie ukończył 16 roku życia - powyższe podpisuje wyłącznie jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, jeżeli jest w przedziale wiekowym 16-18 lat - podpisują: pacjent oraz rodzic lub opiekun.