

ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNE

Formularz informacji i świadomej zgody pacjenta na terapię

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: PESEL:

Opiekun prawny (jeśli dotyczy):

2. PLANOWANE ŚWIADCZENIA / CEL TERAPII

Rozpoznany problem / cel fizjoterapii:

Planowane metody fizjoterapeutyczne:

** W razie konieczności zmiany lub rozszerzenia planu terapii pacjent zostanie o tym poinformowany.*

3. INFORMACJA DLA PACJENTA (PRAWO DO INFORMACJI)

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody zostałem/am poinformowany/a w sposób dla mnie zrozumiały o:

- celu, charakterze oraz sposobie wykonania proponowanego postępowania fizjoterapeutycznego,
- przewidywanych korzyściach oraz możliwych do przewidzenia reakcjach organizmu i ryzyku,
- istotnych przeciwwskazaniach oraz okolicznościach mających wpływ na bezpieczeństwo terapii,
- możliwych alternatywnych metodach postępowania oraz następstwach zaniechania leczenia.

Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej terapii i otrzymałem/am na nie wyczerpujące, zrozumiałe odpowiedzi.

4. OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA

Oświadczam, że przedstawione mi informacje zrozumiałem/am. Rozumiem, że efekt fizjoterapii nie może być zagwarantowany, a skuteczność zależy m.in. od stanu zdrowia i indywidualnej reakcji organizmu. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia.

DECYZJA PACJENTA: (proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** na wykonanie opisanych powyżej świadczeń fizjoterapeutycznych.

☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** / Odmowa dotyczy świadczenia:

5. PRAWO DO ODMOWY I WYCOFANIA ZGODY

Zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo odmówić świadczenia lub wycofać zgodę w dowolnym momencie. Rozumiem, że mogę w każdej chwili zgłosić fizjoterapeucie swoje wątpliwości lub niepożądane odczucia.

OŚWIADCZENIE PACJENTA / OPIEKUNA

Miejscowość: Data:

.....

Czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna Prawnego

POTWIERDZENIE FIZJOTERAPEUTY

Potwierdzam udzielenie informacji i odbiór zgody.

Miejscowość: Data:

.....

Pieczętka i podpis fizjoterapeuty

REGULAMIN REZERWACJI ODWOŁYWANIA WIZYT

Zasady organizacji wizyt, odwoływania terminów oraz odpłatności w Gabinetcie Fizjoterapii

§ 1. Zasady Ogólne

1. Niniejszy Regulamin określa zasady rezerwacji, zmiany terminów oraz odwoływania wizyt na świadczenia fizjoterapeutyczne.
2. Dokonując rezerwacji, Pacjent rezerwuje określony czas pracy fizjoterapeuty oraz wyłączność na korzystanie z gabinetu i sprzętu w zarezerwowanym terminie.

§ 2. Zmiana Terminu i Odwoływanie Wizyt

1. Pacjent ma prawo do bezpłatnego odwołania lub zmiany terminu wizyty najpóźniej na **4 godziny** przed planowanym terminem jej rozpoczęcia.
2. Odwołania lub zmiany terminu można dokonać telefonicznie, wiadomością SMS lub poprzez system rezerwacji online.
3. Odwołania zgłoszone na mniej niż 4 godziny przed wizytą uznaje się za spóźnione.

§ 3. Opłata Kompensacyjna / Rezerwacyjna

1. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności Pacjenta na umówionej wizycie bez wcześniejszego jej odwołania lub odwołania wizyty na mniej niż 4 godziny przed terminem, Gabinet zastrzega sobie prawo do naliczenia opłaty za gotowość do świadczenia usługi w wysokości **50% wartości zarezerwowanej usługi**.
2. Opłata ta wynika z ponoszonych przez Gabinet kosztów stałych utrzymania stanowiska pracy oraz utraty możliwości przyjęcia innego pacjenta.
3. Należność należy uregulować przy kolejnej wizycie lub przelewem w terminie 7 dni.

§ 4. Spóźnienia na Wizytę

1. W przypadku spóźnienia się Pacjenta, czas zabiegu zostaje skrócony o czas spóźnienia, a opłata pobierana jest w pełnej wysokości.
2. Spóźnienie przekraczające 15 minut może skutkować odmową przyjęcia z winy Pacjenta.

§ 5. Wyjątki

Opłata nie jest naliczana w przypadku odwołania wizyty z przyczyn losowych i niezależnych od Pacjenta (np. nagła hospitalizacja), po uprzednim poinformowaniu Gabinetu.

Ważne: Podpisanie poniższego oświadczenia oznacza zapoznanie się i akceptację powyższego Regulaminu Rezerwacji i Odwoływania Wizyt.

OŚWIADCZENIE PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższego Regulaminu Rezerwacji i Odwoływania Wizyt, rozumiem jego postanowienia, akceptuję je i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Miejscowość: Data:

.....
Czytelny podpis Pacjenta / Opiekuna Prawnego