



**ZGODA PACJENTA NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....Adres zamieszkania.....

Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do udzielania świadczenia zdrowotnego:

---

---

---

---

---

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że wyżej wymienione są danymi poufnymi.

.....

*Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianie statusu zdrowia.

.....

*Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

**Klinika Fizjoterapii dr Tomasz Kuligowski**

**REGULAMIN PLACÓWKI****Klinika Fizjoterapii**

1. Rezerwacja zabiegów dokonywana jest indywidualnie lub przy pomocy osób trzecich w recepcji lub bezpośrednio u danego specjalisty. Zabiegi wykonywane są tylko w wyznaczonym wcześniej terminie.
2. Czas trwania każdej wizyty uzależniony jest od indywidualnego planu leczenia ustalonego przez fizjoterapeutę i może być przez niego modyfikowany na każdym etapie świadczenia.
3. Dla zachowania płynności i ciągłości leczenia, do jego przebiegu może zostać przydzielony jeden z fizjoterapeutów współprowadzących.
4. Wizyty nieodwołane w godzinach pracy, na co najmniej 24h przed umówionym terminem są pełnopłatne.
5. Po drugiej nieodwołanej (pkt. 5) przez Pacjenta wizycie anulowane są następne zabiegi.
6. Pacjent (lub jego opiekun) wyraża zgodę na piśmie na proponowane zabiegi.
7. Dzieci (lub osoby ubezwłasnowolnione) korzystają z zabiegów w obecności opiekunów, chyba że opiekunowie wyrażą inną opinię na piśmie.
8. Płatność za zabiegi odbywa się każdorazowo najpóźniej tuż po zakończeniu wizyty.
9. Kwota pobrana od Pacjenta może być różna w zależności od zastosowanych procedur i użytych materiałów i ustalana jest na podstawie Cennika dostępnego w recepcji lub na stronie internetowej przychodni.
10. Pakiety wizyt (karnety) ustalane są indywidualnie na podstawie planu leczenia, są imienne, płatne z góry, i nie podlegają zwrotowi.
11. Dokumentacja medyczna wydawana jest na prośbę pacjenta do 48h od momentu zgłoszenia.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty fizjoterapeutycznych świadczeń zdrowotnych nie są zagwarantowane, a proces leczenia wymaga współpracy pacjenta zgodnie z zaleceniami specjalisty.

.....  
*Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są pod adresem [www.klinika-fizjoterapii.pl](http://www.klinika-fizjoterapii.pl).

**Klinika Fizjoterapii dr Tomasz Kuligowski**

ul. Słowiańska 29B | 50-234 Wrocław | kontakt@klinika-fizjoterapii.pl | +48 509 89 69 69