

ZGODA NA SAMODZIELNE UCZESTNICZENIE PACJENTA W ZABIEGACH FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

Ja, niżej podpisany/a (rodzic/opiekun prawny).....
(niepotrzebne skreślić)
legitymujący/a się seria nr:..... świadomie i dobrowolnie wyrażam
(nazwa dokumentu tożsamości)
zgodę na uczestniczenie mojego podopiecznego/ dziecka,
(niepotrzebne skreślić)

data urodzenia..... nr PESEL..... w świadczeniu medycznym - **zabiegach fizjoterapeutycznych**. Jednocześnie zobowiązuje się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem ww. świadczenia - płatności dokona pacjent lub wykonam przelew na wskazany nr konta. Mam świadomość charakteru pracy fizjoterapeuty, tj. **kontakt z ciałem**. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wzięcia udziału w wizycie w dowolnym momencie i zapewniony/a o profesjonalnym - medycznym podejściu do ciała pacjenta ze strony fizjoterapeuty. Zobowiązuję się również do wzięcia udziału w wizycie na prośbę fizjoterapeuty. W każdej chwili mogę wycofać powyższą zgodę.

Wyżej wpisany pacjent ma prawo do **przerwania wizyty** w dowolnym momencie niezależnie od przyczyny. W takim wypadku rodzic/opiekun prawny zostaje zobowiązany do odebrania pacjenta i wyjaśnienia przyczyny przerwania wizyty. W tym celu fizjoterapeuta będzie kontaktować się telefonicznie na nr:.....

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(data, czytelny podpis pacjenta)

.....
(data, czytelny podpis, pieczętka terapeuty)