

Informovaný souhlas s poskytnutím fyzikální terapie

Jméno a příjmení pacienta.....
Rodné číslo.....
Bydliště.....

Kontraindikace fyzikální terapie:

- srdeční selhání, plicní otok
- infekce (zvláště bakteriální, chřipka, angína atd.)
- ledvinové selhání
- nedoléčené zhoubné onemocnění, vzplanutí zhoubného onemocnění
- gravidita (možná aplikace mimo oblast pánve a břicha)
- horečnaté stavy
- kardiostimulátor
- kovové implantáty
- čerstvá krvácení
- akutní zánětlivá onemocnění kůže a podkoží (erysipel, vyrážka..)
- nestabilní vysoký tlak

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást zdravotnickému pracovníkovi doplňující otázky k výše uvedenému výkonu a moje dotazy byly zodpovězeny. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s výše uvedenými okolnostmi, vysvětlení výkonu jsem porozuměl/a, a s provedením uvedeného výkonu souhlasím.

V Praze dne:

.....
Podpis pacienta/zákonného zástupce