

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi małoletniemu do 18 roku życia
w Olsztyńskim Centrum Rehabilitacji lek. med. Urszula Hura-Ruitenbach Sp. z o.o.**

.....
imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
adres zamieszkania pacjenta

.....
imię i nazwisko przedstawiciela pacjenta

PESEL przedstawiciela pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
adres zamieszkania przedstawiciela pacjenta

.....
telefon i adres e-mail przedstawiciela pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie dziecku, którego jestem przedstawicielem.:

zabiegów fizjoterapeutycznych _____ TAK NIE
(dalej zwane świadczeniem zdrowotnym)

Świadczenie zdrowotne może zostać udzielone dziecku bez mojej obecności.

Oświadczam, że uzyskałem wyczerpujące informacje o planowanym świadczeniu zdrowotnym, w tym w szczególności o jego przebiegu, zakładanym celu tego świadczenia i dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania lub zaniechania, w tym o ryzyku wystąpienia powikłań. Zostałem również pouczony o sposobie przygotowania do świadczenia oraz o zasadach postępowania w trakcie jak i po jego wykonaniu.

Przyjmuję do wiadomości, że każde świadczenie zdrowotne wiąże się z wystąpieniem ryzyka powikłań, nawet przy zastosowaniu najwyższych standardów. Jednocześnie potwierdzam, że mam świadomość, iż nie jest możliwe zagwarantowanie mi pełnego wykluczenia tego ryzyka. Mam również świadomość, że zakładane pozytywne cele świadczenia zdrowotnego również nie mogą być zagwarantowane.

Potwierdzam, że zapewniono mi możliwość zadawania pytań dotyczących świadczenia zdrowotnego oraz uzyskałem wyczerpujące i zrozumiałe odpowiedzi i wyjaśnienia.

Potwierdzam również, że przekazane przeze mnie lekarzowi/ fizjoterapeucie informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz historii choroby są prawdziwe i pełne, tj. nic nie zostało zatajone.

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela pacjenta (imię i nazwisko)