

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

Wyrażam zgodę na wykonanie przez fizjoterapeutów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej
w Opolu:

- badań i testów fizjoterapeutycznych tak nie

oraz zabiegów zleconych przez lekarza wg skierowania w zakresie:

- Fizykoterapii tak nie

- Inne (terapia manualna, masaż) tak nie

Mojemu synowi,

.....

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z uwagami dotyczącymi wykonywania badań i testów fizjoterapeutycznych oraz przeciwwskazaniami do zleconych zabiegów w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego mojego syna.

.....

Data i podpis rodzica

Przeciwwskazania do wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych (głównie krioterapii i pola magnetycznego):

1. Cukrzyca młodocianych
2. Ostre infekcje i procesy zapalne
3. Pokrzywka (uczulenie na zimno)
4. Nadwrażliwość na zimno
5. Zaburzenia czucia
6. Choroby gorączkowe

Jeśli istnieją inne informacje przydatne do pracy z Państwa synem, proszę o wyszczególnienie ich poniżej:

.....
.....
.....
.....