

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM FYZIOTERAPEUTICKÉ PÉČE

ÚDAJE O KLIENTOVI

- **Jméno a příjmení:**
- **Datum narození:**
- **Bydliště:**
- **Telefon:**

POSKYTOVATEL:

- **Jméno a příjmení:** Bc. Veronika Růžičková
- **IČO:** 21428131
- **Odborná způsobilost:** Fyzioterapeut způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu (§ 24 zákona č. 96/2004 Sb.)
- **Kontakt:** +420 732 515 352, veronika@fyzioterapiedoma.cz

1. PŘEDMĚT A POVAHA SLUŽBY

Poskytovatel poskytuje zdravotní služby v oboru fyzioterapie formou mobilní péče (ve vlastním sociálním prostředí klienta). Tato péče zahrnuje kineziologický rozbor, diagnostiku pohybového aparátu, manuální techniky, léčebnou tělesnou výchovu a odborné poradenství.

2. INDIKACE PÉČE A PRÁVNÍ RÁMEC

Klient bere na vědomí, že fyzioterapeut s odbornou způsobilostí vykonává péči na základě diagnózy a indikace stanovené lékařem.

Klient prohlašuje, že:

- Předložil fyzioterapeutovi lékařskou zprávu / doporučení k nahlédnutí.
- V případě absence lékařského doporučení žádá o poskytnutí péče v režimu **preventivním nebo rekondičním**, a to na vlastní zodpovědnost a žádost.
- Byl seznámen s tím, že fyzioterapeut si vyhrazuje právo ošetření odmítnout, pokud vyhodnotí stav klienta jako kontraindikovaný pro fyzioterapii, a v takovém případě doporučí návštěvu lékaře.

3. PRŮBĚH TERAPIE A RIZIKA

- Fyzioterapeut se zavazuje provádět terapii v souladu se současnými poznatky vědy (*lege artis*).
- Klient byl informován, že po terapii může dojít k dočasné reakci těla (únava, svalová bolest, mírné zhoršení symptomů), která obvykle odezní do 48 hodin.
- Klient je povinen ihned hlásit jakoukoliv nevolnost, bolest nebo změnu stavu během ošetření.

4. STORNO PODMÍNKY A PLATEBNÍ PODMÍNKY

- Cena za terapii je stanovena dle aktuálního ceníku poskytovatele.
- Platba probíhá v hotovosti, převodem na účet, nebo přes QR kód po skončení ošetření.
- **Storno:** Klient se zavazuje zrušit domluvený termín nejpozději **24 hodin předem**. Při pozdějším zrušení nebo neumožnění vstupu do objektu je poskytovatel oprávněn účtovat storno poplatek ve výši 50 % ceny sjednané služby.

5. OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ (GDPR)

Klient souhlasí se zpracováním osobních a citlivých údajů (zdravotní stav) pro účely vedení zdravotnické dokumentace. Poskytovatel se zavazuje k naprosté mlčenlivosti. Údaje nebudou poskytnuty třetím stranám bez souhlasu klienta, s výjimkou případů stanovených zákonem.

[] SOUHLASÍM se zpracováním mých osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pro účely vedení dokumentace.

6. SOUHLAS KLIENTA

Svým podpisem stvrzuji, že:

- Jsem byl/a srozumitelně informován/a o postupu, cílech a rizicích terapie.
- Měl/a jsem možnost klást otázky a bylo mi na ně odpovězeno.
- Nezamlčel/a jsem žádné důležité informace o svém zdravotním stavu (zejména těhotenství, onkologická onemocnění, akutní záněty, srdeční onemocnění).
- S poskytnutím péče za výše uvedených podmínek dobrovolně souhlasím.

V dne:

Podpis klienta (u nezletilých zákonný zástupce):

Podpis a razítko fyzioterapeuta:

Údaje o nahlížené lékařské zprávě / doporučení:

- Vystavil (lékař/pracoviště):
- Datum vydání zprávy:
- Diagnóza (kód/slovně):
- Klíčové nálezy a doporučení lékaře:
.....

Prohlášení fyzioterapeuta:

- **a)** Na základě nahlédnutí do výše uvedené dokumentace a vlastního kineziologického rozboru stanovuji terapeutický plán.
- **b)** Klient lékařskou zprávu nepředložil – péče je poskytována v režimu prevence / edukace / rekondice.

Vdne:Podpis terapeuta: