

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S FYZIOTERAPIÍ

poskytovanou formou terénní / mobilní péče (v místě pobytu pacienta)

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍ PÉČE	PACIENT / KLIENT
Bc. Veronika Růžičková Fyzioterapie doma – odborná fyzioterapeutická péče Sídlo: Dubová 967, 277 46 Veltrusy IČO: 21428131 Tel.: +420 732 515 352 Odborná způsobilost: Fyzioterapeut (Bc.)	Jméno a příjmení: Datum narození: Místo poskytnutí péče: Telefon / E-mail:

1. LÉKAŘSKÁ INDIKACE (VYŽADOVÁNO ZÁKONY ČR PRO BC. FYZIOTERAPEUTA)

Poskytování zdravotní fyzioterapeutické péče navazuje na lékařské doporučení / zprávu (např. od praktického lékaře, ortopeda, neurologa či rehabilitačního lékaře).

☐ **Lékařská zpráva předložena:** Ze dne: vydaná MUDr.:

2. PRŮBĚH PÉČE V PŘÍJEMNÉM A BEZPEČNÉM PROSTŘEDÍ

Terapie probíhá v místě vašeho aktuálního pobytu (domov, pracoviště či jiné dohodnuté prostředí), kde se společně snažíme vytvořit ideální podmínky pro léčbu i vaši pohodu.

- **Pohodlí a soukromí:** Společně dbáme na to, aby byl prostor pro cvičení a manuální terapii klidný, příjemně teplý a poskytoval vám dostatek soukromí.
- **Doprovod blízké osoby:** Vítám přítomnost rodinného příslušníka nebo blízké osoby během terapie, pokud si to přejete a pomůže vám to cítit se lépe.
- **Domácí mazlíčci:** Prosím o jejich krátké zabezpečení v jiné místnosti po dobu samotné terapie, aby se předešlo neúmyslnému zranění a byl dodržen maximální klid na cvičení a hygiena.
- **Respekt a bezpečnost:** Terapie je založena na vzájemné důvěře a respektu. Pokud by nastaly podmínky, které by ohrožovaly bezpečnost nebo zdraví (např. akutní nevolnost, nebezpečné prostředí), péče se po vzájemné dohodě upraví či přeruší.

3. ROZSAH PÉČE, ZDRAVOTNÍ STAV A KONTRAINDIKACE

Cílem péče je kineziobiomechanické vyšetření, úleva od bolesti, obnova funkce a edukace. Pacient stvrzuje, že fyzioterapeutku pravdivě informoval o svém zdravotním stavu a o případné přítomnosti těchto stavů:

- Akutní horečnaté / infekční onemocnění
- Onkologické onemocnění v anamnéze
- Užívání léků na ředění krve (antikoagulancia)
- Kardiovaskulární potíže, kardiostimulátor
- Nedávné úrazy, operace, osteoporóza
- Těhotenství nebo šestinedělí

4. PŘIROZENÉ REAKCE NA TERAPII

Pacient byl poučen, že po manuálních technikách a cvičení se mohou objevit přirozené přechodné reakce (24–48 h), jako je mírná bolestivost ošetřených struktur, únava či mírné zarudnutí/modřinky.

5. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH A ZDRAVOTNÍCH ÚDAJŮ (GDPR)

Osobní a zdravotní údaje jsou zpracovávány za účelem vedení zdravotnické dokumentace v souladu se Zákonem o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) a GDPR.

6. ZÁVĚREČNÉ PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně poučen/a o povaze, průběhu i doporučeních pro mobilní fyzioterapeutickou péči. Souhlasím s poskytnutím fyzioterapie v místě svého pobytu a potvrzuji, že jsem žádné podstatné údaje o svém zdravotním stavu nezatajil/a.

V dne

Podpis pacienta / zákonného zástupce

Podpis fyzioterapeutky (Bc. Veronika Růžičková)