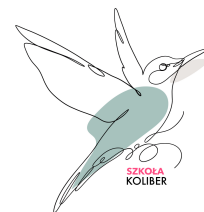


Zgoda na objęcie ucznia terapią osteopatyczną/ fizjoterapią



.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon)

.....

(nr dowodu tożsamości opiekuna)

.....

(miejscowość, data)

Do Dyrektora Szkoły

Ja, niżej podpisany(a),

(nazwisko i imię rodzica / opiekuna)

zam. w przy ul występujący jako przedstawiciel ustawowy / opiekun *) małoletniego oświadczam, że **wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii osteopatycznej/ fizjoterapii** w Niepublicznej Szkole Podstawowej Koliber w Białymstoku, ul.Choroszczańska 17, małoletniemu:

(nazwisko i imię dziecka)

Pesel:Ur.....

(nr PESEL)

(data urodzenia)

bez obecności rodzica / opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy(a) że:

- obowiązek nadzoru oraz zapewnienia bezpieczeństwa małoletniemu spoczywa na podmiocie przeprowadzającym terapię wyłącznie w czasie udzielania świadczeń,
- w pozostałym czasie ponoszę pełną odpowiedzialność za zaniedbania w nadzorze i za zachowanie małoletniego, na zasadzie winy w nadzorze, jako osoba do tego nadzoru zobowiązana.

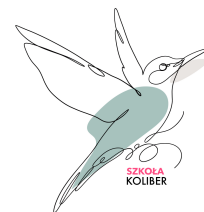
Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

.....

(data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

*) **niepotrzebne skreślić**

Terapia osteopatyczna/Fizjoterapia składa się z kilku elementów. W pierwszej kolejności przeprowadzony zostanie z Panem/Panią wywiad dotyczący historii zdrowia dziecka (dołączony do niniejszej zgody). Następnie zostaną przeprowadzone testy fizjoterapeutyczne w celu ustalenia najbardziej prawdopodobnych przyczyn problemów zdrowotnych ucznia oraz dobrania odpowiednich technik leczenia. Jeśli postawione hipotezy diagnostyczne pozwalają na przeprowadzenie terapii – w czasie wizyty wykonane będą terapie w obrębie układów ciała dziecka, masaż oraz ćwiczenia.



Choroby lub problemy zdrowotne, które mogą być przeciwwskazaniem do przeprowadzenia terapii:

Aktywne choroby nowotworowe: TAK.....NIE....

Ostre infekcje wirusowe i bakteryjne: TAK.....NIE....

Padaczka: TAK.....NIE....

Ostre zaburzenia odporności: TAK.....NIE....

Zaburzenia rytmu serca: TAK.....NIE....

Dezorientacja ucznia: TAK.....NIE....

Inne niewymienione choroby i problemy:

Oświadczam, że udzieliłem (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia mojego dziecka – zgodnie z formularzem umieszczonym poniżej. Przyjmuje do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi.

.....
(data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Najczęściej choć rzadkie powikłania występujące w trakcie bądź w wyniku planowanego zabiegu:

Siniak, nasilenie bólu, wywołanie lokalnego stanu zapalnego, ból głowy, pocenie, nudności, zmęczenie, osłabienie bądź inne.

Oświadczam, że:

- powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące terapii osteopatycznej/fizjoterapii jej celowości i oczekiwanych wyników oraz potencjalnych zagrożeń mogących wystąpić w trakcie bądź w wyniku w/w terapii
- rozumiem, że pozytywne efekty świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutę/osteopata nie są gwarantowane
- znane mi są możliwe reakcje organizmu po przeprowadzeniu terapii.

Ewentualne uwagi rodzica:.....

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie terapii przez fizjoterapeutę/osteopata i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty/osteopaty o zmianach stanu zdrowia ucznia.

.....
(data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)