INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím služeb spočívajících v ambulantní rehabilitaci:

☐ **EurekoFyzio** ☐ **EurekoReha**

∗ Hodící se zaškrtněte.

1. Účel a povaha poskytované péče

Účelem rehabilitace je především snížení bolesti, zvýšení kloubního rozsahu, zlepšení cirkulace v zasažených tkáních, posílení svalů, obnovení správné funkce pohybového aparátu apod., a to vždy s ohledem na konkrétní obtíže a objektivní možnosti pacienta.

Rehabilitace může zahrnovat: fyzioterapii a její specializované metody, individuální či skupinovou pohybovou terapii, myoskeletální techniky a manuální terapii, měkké techniky, mobilizační techniky, fyzikální terapii (např. elektroléčbu, ultrazvuk, magnetoterapii, termoterapii), instruktáž, edukaci a doporučení k domácímu cvičení.

Konkrétní rozsah péče je stanoven individuálně podle zdravotního stavu pacienta.

2. Očekávaný přínos a alternativy

Byl/a jsem informován/a o možných přínosech rehabilitační léčby, mezi které patří nejčastěji zmírnění bolesti, zlepšení funkce pohybového aparátu, zvýšení fyzické kondice a prevence obtíží.

Podpisem tohoto souhlasu beru na vědomí, že na očekávaný přínos má vliv řada faktorů včetně individuality zdravotního stavu a zdravotních obtíží a dále osobního přístupu každého pacienta, proto není možné garantovat, že rehabilitační léčba zamýšlených přínosů skutečně dosáhne.

3. Rizika a možná omezení

Rozumím, že každá zdravotní péče může mít určitá rizika. U rehabilitační péče mohou zahrnovat především: dočasné zvýšení bolesti či citlivosti, svalovou únavu nebo přetížení, reakci na použitou fyzikální terapii (zarudnutí, lokální podráždění), vzácně zhoršení obtíží nebo nečekané reakce organismu. Byl/a jsem poučen/a, že mám okamžitě hlásit jakékoli neobvyklé potíže nebo zhoršení stavu a v případě potřeby navštívit lékaře či pohotovost.

4. Aktivní spoluúčast pacienta

Rozumím, že výsledek rehabilitace závisí také na mé aktivní spolupráci, především na: dodržování doporučeného cvičebního režimu, hlášení změn zdravotního stavu, informování terapeuta o užívaných lécích či nových diagnózách.

5. Kontraindikace a zdravotní informace

Potvrzuji, že jsem poskytl/a úplné a pravdivé informace o svém zdravotním stavu, zejména o: horečnatých, akutních či chronických onemocněních, onkologických onemocněních – probíhající léčbě (chemoterapie, radioterapie, biologická léčba), stabilizovaném stavu i případných metastázách; rozumím, že některé rehabilitační postupy mohou být při onkologickém onemocnění kontraindikované nebo vyžadují úpravu, těhotenství, alergiích, kovových a jiných implantátech (např. kardiostimulátor), kožních onemocněních či infekcích, užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, jiných okolnostech, které mohou ovlivnit bezpečné provedení terapie.Beru na vědomí, že pokud neposkytnu úplné a pravdivé informace o svém zdravotním stavu, může mít uvedené negativní vliv na účinnost a bezpečnost poskytovaných služeb.

6. Ochrana osobních údajů (GDPR)

Beru na vědomí, že mé osobní a zdravotní údaje jsou zpracovávány v souladu s platnými právními předpisy, zejména GDPR a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.Potvrzuji, že mi zásady zpracování osobních údajů byly předloženy při podpisu tohoto souhlasu k seznámení. Zásady jsou také dostupné na webových stránkách: www.eurekofyzio.cz nebo na vyžádání v ordinaci.

7. Prohlášení pacienta

Podpisem níže potvrzuji, že tento souhlas s poskytováním ambulantní rehabilitační péče uděluji dobrovolně, že jsem měl/a možnost vnést dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny a že jsem všemu porozuměl/a.Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvolání souhlasu nemá vliv na péči již poskytnutou. Byl/a jsem poučen/a, že i po podpisu tohoto souhlasu mohu kdykoli vznést dotazy k poskytované péči.

8. Seznámení s vnitřním řádem

Pacient dále níže potvrzuje, že se seznámil s vnitřním řádem EurekoFyzio s.r.o., který mu byl předložen a který je dostupný na webových stránkách www.eurekofyzio.cz.

Dne: …….Datum nar.:……..

Podpis pacienta: ……..

Jméno a příjmení……..

E-mail……..

Verze: 2026/1