



Ankieta dla uczestnika projektu korzystającego z zabiegów fizjoterapeutycznych:

Imię i nazwisko, PESEL.....

1. Czy w ostatnich dziesięciu latach przebył/a Pan/Pani leczenie onkologiczne?

TAK NIE

2. Czy leczy się Pan/Pani w poradni zdrowia psychicznego?

TAK NIE

3. Czy w miejscu zabiegowym ma Pan/Pani metalowe implanty, świeże rany, zmiany skórne?

TAK NIE

4. Czy na okolicy zabiegowej stosował/a Pan/Pani plastry przeciwbólowe lub leki?

TAK NIE

5. Czy ma Pan/Pani osteoporozę?

TAK NIE

6. Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca, zakrzepicę, żylaki, tętniaki?

TAK NIE

7. Czy ma Pan/Pani zaburzenia neurologiczne takie jak epilepsję, zaburzenia czucia, elektroniczne implanty?

TAK NIE

8. Czy ma Pan/Pani miażdżycę, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę?

TAK NIE

9. Czy leczy się Pan/Pani na inne choroby? Jeśli tak to jakie?

.....

.....

.....

.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



10. Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

Wpisanie nieprawdy, jej zatajenie, może wywołać wystąpienie negatywnych skutków zabiegowych: nasilenie dolegliwości, pogorszenie samopoczucia, drobne uszkodzenia powłok skórnych. Pacjent na zabiegi zobowiązany jest przynieść ręcznik i obuwie zmienne. Na zabiegach nie wolno korzystać z telefonu komórkowego i innych urządzeń elektronicznych. Na zabiegach z użyciem prądów nie wolno zmieniać pozycji, gdyż grozi to wystąpieniem objawów niepożądanych. Na zabiegach z użyciem lasera pacjent zobowiązany jest do założenia okularów ochronnych. Na zabiegi należy przychodzić o wyznaczonej godzinie.

Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe. Biorę odpowiedzialność i nie będę wnosić o zadośćuczynienie w przypadku zatajenia przeze mnie informacji o stanie swojego zdrowia.

Data i podpis kandydata.....