



ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Szanowny Rodzicu,

Problem, z którym zgłosiliście swoje dziecko do fizjoterapeuty jest problemem intymnym, którego przyczyną jest zaburzenie funkcjonalne dna miednicy. Konieczna jest dokładna i profesjonalna diagnostyka w celu postawienia właściwego rozpoznania, które z kolei pozwoli stworzyć odpowiedni program terapeutyczno-treningowy dopasowany do indywidualnych potrzeb Waszego dziecka. W celu zapewnienia jak najlepszej terapii, fizjoterapeuta powinien przeprowadzić badanie USG - badanie to wymaga zgody Waszej oraz dziecka ponieważ dziecko musi się rozebrać a głowica aparatu USG zostanie przyłożona do środka ścięgnistego kroczka. Dzięki temu możliwe będzie stworzenie najlepszego programu terapeutycznego, udzielenie rzetelnych informacji terapeutycznych oraz przeprowadzenie kontroli postępów procesu terapii. Ze względu na naturę prawnej prosimy o pisemne wyrażenie zgody na badanie USG do którego dziecko musi się rozebrać.

Wyrażam zgodę na badanie fizjoterapeutyczne mojego dziecka i wyrażam zgodę na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutkę Paulinę Pancerz.

Zgoda na badanie oraz potwierdzenie odbycia rozmowy instruktażowej

Fizjoterapeutka Paulina Pancerz przeprowadziła ze mną osobistą rozmowę, podczas której otrzymałam/łam:

- Wszystkie niezbędne informacje dotyczące badania USG
- Miałam/łam możliwość zadania wszelkich pytań
- Wyraziłam/łam zgodę na przebadanie dziecka dobrowolnie
- Nie miałam/łam i nie mam żadnych pytań

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania USG u mojego dziecka oraz oświadczam, że nie zataiłam/łam żadnych istotnych informacji przed fizjoterapeutką w tym informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka.

Imię i nazwisko rodzica _____

Imię i nazwisko dziecka _____

data urodzenia dziecka _____

data i podpis rodzica

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam / nie wyrażam dobrowolną zgodę na nieodpłatne utrwalanie oraz publikację wizerunku mojego dziecka w formie zdjęć i/lub nagrań video przez Fizjoterapia Paulina Pancerz w celach promocyjnych. Zgoda obejmuje wykorzystanie wizerunku BEZ TWARZY w mediach społecznościowych, na stronie internetowej oraz w materiałach marketingowych.

Oświadczam, że zostałam/łam poinformowana/ny o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis rodzica _____