

BELEEGYZŐ ÉS ADATVÉDELMI NYILATKOZAT FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATHOZ ÉS KEZELÉSHEZ

Teljes név:
Születési hely és idő:
Anyja neve:
Lakcím:
E-mail cím:
Telefonszám:

A gyógytorna/fizioterápia pontos klinikai vizsgálat alapján összeállított terápiás célú mozgásgyakorlatokból és a fizioterápia eszköztárából a gyógytornász által választott technikákból áll. A kezelés során különböző tornaszereket, rugalmas ellenállásokat, súlyokat használunk.

1. Kezelésemről részletes szóbeli tájékoztatást kaptam, azt gondosan meghallgattam és megértettem.
2. Tájékoztattak a kezelés ellenjavallatairól és a lehetséges következményekről. Az előfordulható szövődmények a következők:
 - a. átmeneti, enyhe szövődmény, mellékhatás: szédülés, fejfájás, hányinger, bőrpír, eszméletvesztés, kezelt területi fájdalom, a kezelés előtti fájdalmak fokozódása, valamint bőr alatti véraláfutás.
 - b. súlyos szövődmény: ízületi ficam, csonttörés, porckorongsérv, porckorongsérv fokozódása, véralvadási zavar esetén a gerinccsatornát szűkítő vérömleny kialakulása, ideg- és gerincvelősérülés, következményes bénulás, érzészavar, mozgáskoordinációs zavar, széklet/vizeletürítés kontrolljának zavara, impotencia, nyaki verőérsérülés esetleges agyi infarktussal (agyelhalással), légmell, vérmell, hasúri és hasúr mögötti vérzés, halál.
3. A kezeléssel kapcsolatos kérdéseimre kimerítő választ kaptam.
4. Felvilágosítottak a kezelés előnyeiről és esetleges hátrányairól (kezelés közbeni vagy utána néhány napig fennálló fájdalom a kezelt területeken).
5. Megismertem a kezeléssel kapcsolatos kockázat fogalmát.
6. Tudomásul veszem, hogy a fizioterápia vizsgálati módszerei nem helyettesítik az akadémikus orvoslás diagnosztikai módszereit.
7. A kezelés során a kezelést végző személlyel együttműködök, utasításait betartom. Egészségi állapotomról, gyógyszerzedésemről nem titkolok el semmit, mert az veszélyeztetné a kezelés eredményességét.
8. Tudomásul veszem, hogy biztos gyógyulást a fizioterápia módszerei sem garantálnak.
9. A fenti tények gondos mérlegelése után arra a következtetésre jutottam, hogy a kezelés elvégzésére felkérem a kezelésemet végző szakembert, és részvételem teljesen önkéntes.
10. Megértettem, hogy beleegyezésemet bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, és ez nem befolyásolja későbbi ellátásomat.
11. A megbeszélte kezelési időpontra 5 perccel korábban, vagy pontosan a megbeszélte időpontban érkezem. Megértettem, hogy a kezelés lemondására, az időpont módosítására az időpontot megelőző 24 óra előtt van lehetőség. Amennyiben a kezelést megelőző 24 órán belül mondom le a megbeszélte időpontomat, tudomásul veszem, hogy a kezelés összegének 50%-át köteles vagyok megtéríteni.
12. A kezeléssel kapcsolatban, jelen Nyilatkozat aláírását megelőzően megkapott tájékoztatással kapcsolatosan több kérdésem nincs, azonban tudomásul veszem, hogy a

kezelés során, a kezeléssel, annak kockázataival kapcsolatosan felmerülő kérdése(i)met a szakember részére feltehetem.

13. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet, GDPR) 6. cikk (1) a) pontja, valamint a 2013. évi V. törvény 2:48. § alapján, az eljáró szakember adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatását, annak megértését és elfogadását követően, önkéntesen, befolyásmentesen és határozottan hozzájárulok ahhoz, hogy rólam képmás (fotó vagy videó) és/vagy hangfelvétel készüljön a fizioterápiás vizsgálat vagy kezelés során.
A jelen pontban megadott hozzájárulásom alapján kezelt személyes adatok felhasználásának célja: a testi és lelki egészségi állapotom változásának nyomon követése, a kezelés előrehaladásának és a kezelés során bekövetkező változások szakember (adatkezelő) általi figyelemmel kísérése, a kezelés szükséges változtatása.
14. Ezen írásos beleegyezési nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, beleértve a testi vagy lelki egészségi állapotommal kapcsolatos adatokat, származásomat és etnikai hovatartozásomat a kezelésemet végző szakember a székhelyén, illetve adatbázisában tárolja.
15. ADATKEZELÉS: Bartos-Elter Bettina e.v. (székhely: 2730 Albertirsa, Szövetség utca 1/1., adószám: 56907924-1-33) elkötelezett ügyfelei személyes adatainak védelme iránt, ezért kiemelt figyelmet fordít arra, hogy a személyes adatok gyűjtése, kezelése, felhasználása, feldolgozása és esetleges továbbítása során az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2011. évi CVIII. törvény, az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011-es NEFMI rendelet, valamint a 2018. május 25. napjától alkalmazandó, a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló 2016/679/EU rendelet, azaz a GDPR és az egyéb vonatkozó jogszabályok, nemzeti és nemzetközi ajánlások rendelkezéseit megtartva járjon el.
16. Nyilatkozom, hogy a továbbiakban a részemre kiállított számlát*
Nyomtatott formában szeretném kézhez kapni
Elektronikus formában, a fenti e-mail címre szeretném megkapni
17. Ezen nyilatkozatomat belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után, mint akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, saját kezűleg írtam alá.

.....

Kelt

.....

Aláírás

* X megjelöléssel válassza ki az Önnek megfelelő opciót