

Imię i nazwisko\* ..... Data .....

PESEL ..... Tel. ....

Adres zamieszkania.....

Adres e-mail: .....

*\* W przypadku osoby niepełnoletniej deklarację podpisuje rodzic / opiekun prawny, informację tą należy dopisać.*

### **RODO**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez FIL-MED z siedzibą Widok, 11, 42-400 Zawiercie, PL, NIP: PL6492140683, w celu przesyłania informacji handlowych na mój adres e-mail oraz numer telefonu podany powyżej w formularzu kontaktowym.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przyjmuję do wiadomości, że mogę w dowolnym momencie wycofać tę zgodę poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres e-mail: [gabinet@fil-med.pl](mailto:gabinet@fil-med.pl). Wycofanie przeze mnie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na tworzenie notatek ze spotkań terapeutycznych uwzględniających opisy medyczne, mogące powstać zdjęcia diagnostyczno-poglądowe i skany dokumentacji medycznej oraz przechowywanie przez podmiot przetwarzający tych danych.

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest: FIL-MED z siedzibą Widok, 11, 42-400 Zawiercie, PL, NIP: PL6492140683, e-mail: [gabinet@fil-med.pl](mailto:gabinet@fil-med.pl).
2. Administrator przetwarza dane osobowe w celu przesyłania informacji handlowych.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest udzielona zgoda.
4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres 5 lat.
5. Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty zewnętrzne dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora, świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora, w tym w celu umawiania wizyt – na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy

- zapewniению stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą podlegać profilowaniu.
7. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
8. Przysługuje Pani/uro prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).



Podpis pacjenta .....

W imieniu FIL-MED .....

### **Deklaracja zgody na poddanie się terapii**

Zgadzam się na leczenie prowadzone m.in. w oparciu o model odkształcenia powięzi, techniki terapii manualnej, techniki neurorozwojowe oraz inne zaproponowane przez fizjoterapeutę. Oświadczam niniejszym, iż zostałem wyczerpująco poinformowany oraz że jestem w pełni świadomy/a zasad działania powyższej metody, a także możliwych skutków ubocznych i związanych z tym ryzyka. Odpowiedzi na wszelkie pytania miałem/am okazję uzyskać podczas prywatnej konsultacji. W razie zaburzeń zdrowotnych niezwłocznie poinformuję prowadzącego leczenie terapeutę i/lub skonsultuję się z lekarzem.



Podpis pacjenta .....

### **Regulamin dotyczący korzystania z usług gabinetu fizjoterapeutycznego FIL-MED**

#### **§ 1. Podstawowe cele działania gabinetu**

1. Udzielanie świadczeń z zakresu fizjoterapii, indywidualnie dobieranych dla pacjenta w celu jak najlepszego i najszybszego powrotu do zdrowia / poprawienia funkcji.
2. Stałe doskonalenie zawodowe personelu.
3. Dbanie o bezpieczeństwo pacjenta i personelu.

#### **§ 2. Przebieg procesu udzielania świadczeń**

1. Gabinet organizuje rehabilitację w sposób zapewniający pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.
2. W uzasadnionych przypadkach świadczenia będą udzielane w domu pacjenta.
3. Fizjoterapeuta po wcześniejszym wywiadzie i badania pacjenta proponuje rodzaj zabiegów i stara się określić czas trwania terapii.
4. Fizjoterapeuta ma prawo wymagać przeprowadzenia dodatkowych badań .

5. Pacjent ( lub jego opiekun ) wyraża zgodę na piśmie na proponowane zabiegi.
6. Gabinet prowadzi dokumentację medyczną świadczeń oraz zapewnia ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

#### **§ 3. Zasady rezerwacji wizyty**

1. Rezerwacji wizyty można dokonać telefonicznie kontaktując się pod numerem telefonu 795-467-050 / 668-168-188 lub osobiście w placówce gabinetu.
2. Dokonując rezerwacji należy podać imię, nazwisko i telefon kontaktowy.
3. Usługi będą udzielane jedynie we wcześniej ustalonym terminie.
4. Istnieje możliwość przeniesienia wizyty na inny termin pod warunkiem telefonicznego uprzedzenia o zmianie co najmniej 24 godziny wcześniej.

#### § 4. Zasady rezerwacji wizyty długoterminowych (stałych terminów spotkań)

1. Jeśli stan zdrowia wymaga dłuższej formy rehabilitacji zabiegi mogą zostać zaplanowane z dużym wyprzedzeniem w stałych porach, które odpowiadają terapii i pacjentowi
2. W przypadku tak planowanej rehabilitacji prosimy o uiszczenie odpłatności za zajęcia z góry za cały miesiąc (do 10 dnia każdego miesiąca). Płatności można dokonać gotówką lub przelewem na konto ING 44 1050 1373 1000 0090 7056 5479.
3. Prosimy o zgłaszanie terapii na początku miesiąca planowanych nieobecności dziecka (wyjazdy, urlopy itp.) i uzgodnienia ewentualnego przesunięcia.



#### § 5. Zasady odwoływania zarezerwowanej wizyty

1. Pacjenci proszeni są o powiadomienie recepcji telefonicznie (795-467-050) najpóźniej 12 godz. przed terminem rezerwacji, wtedy wizyta zostanie przeniesiona na dogodny dla Pacjenta termin. W przypadku braku kontaktu pacjent wysyła sms z informacją o odwołaniu wizyty lub kontaktuje się bezpośrednio ze swoim terapeutą.
2. Jeśli odwołanie rezerwacji nastąpi po tym okresie, ale nie później niż 4 godziny przed zaplanowaną wizytą, zostanie naliczona opłata w wysokości 50% wartości wizyty.
3. W przypadku, gdy Pacjent dokona rezerwacji terminu wizyty i nie stawi się o określonej godzinie wcześniej jej nie odwołując, lub odwoła wizytę na 4 godziny przed jej rozpoczęciem zostanie pobrane 100% wartości wizyty.
4. W przypadku spóźnienia się na terapię, terapeuta nie ma obowiązku jej przedłużania.

#### § 6. Prawa i obowiązki pacjenta

1. W czasie korzystania z usług rehabilitacyjnych pacjent ma prawo do:
  - a. poszanowania godności oraz uprzejmego traktowania przez personel,
  - b. świadczeń wykonywanych przez personel o odpowiednich kwalifikacjach,
  - c. rzetelnej informacji o stanie zdrowia,

- d. wyjaśnieniem zasad pracy fizjoterapeutycznej,
- e. przekazywaniem zaleceń wraz z instruktarzem ćwiczeń domowych,
- f. pełnej dyskrecji dotyczącej jego osoby,
- g. pełnej informacji o proponowanych metodach leczenia,
- h. informacji i wyjaśnień o sposobie przygotowania się do zabiegów.

#### 2. Do obowiązków pacjenta należy:

- a. przestrzegania zasad higieny osobistej,
- b. punktualnego stawiania się na terapię,
- c. posiadanie obuwia zmiennego (obuwie można pozostawić przed gabinetem),
- d. zaopatrzenie w swój ręcznik kąpielowy,
- e. posiadanie stroju sportowego podczas ćwiczeń lub innego niekrępującego ruchu stroju,
- f. poinformowanie fizjoterapeuty o aktualnych i przebytych schorzeniach oraz istniejących przeciwwskazaniach do rehabilitacji,
- g. uczestniczenie w zajęciach będąc zdrowym (przeziębienie, grypa, angina etc.)
- h. poinformowanie terapeuty o uczęszczaniu na inne terapie,
- i. poinformowanie terapeuty o stanie zdrowia (alergiach, problemach neurologicznych, zaburzeniach emocjonalnych innych ważnych problemach ze zdrowiem jeśli nie zostały one omówione podczas wywiadu),
- j. przestrzegania zakazu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na terenie Gabinetu,
- k. uczestniczenia w terapii nie będąc pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.

#### § 7. Informacje dodatkowe dotyczące rehabilitacji dzieci

1. Bardzo często zajęcia terapeutyczne mają charakter wspomagający rozwój dziecka. Zazwyczaj (jeśli ustalony z terapeutą plan nie stanowi inaczej) w ciągu miesiąca powinny odbyć się minimum 3 zajęcia. Zaburzenie harmonogramu spotkań zaburza proces leczenia.
2. Terapeuci nie ponoszą odpowiedzialności za dzieci nieodebrane przez rodziców / opiekunów po zakończeniu terapii.

Data i podpis .....
---------------------



### ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)	NIE	TAK
Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną? (zaznacz właściwe)	NIE	TAK

