



Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę

Imię i nazwisko pacjenta:

.....
.....

PESEL pacjenta:

.....
.....

Adres..... Kod
pocztowy.....

Telefon..... e-mail (nie
obowiązkowy).....

Oświadczam, że udzieliłem / (-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji – zgodnie z formularzem umieszczonym powyżej. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

1. Przygotowanie pacjenta do świadczenia zdrowotnego:
Wygodne ubranie, zmiana obuwia ewentualnie bez obuwia.
2. Pacjent, w miarę możliwości, powinien przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą aktualnego problemu zdrowotnego, w szczególności wyniki badań obrazowych (RTG, TK, MRI, USG), wypisy ze szpitala, zalecenia lekarskie oraz wyniki konsultacji specjalistycznych. Przedstawienie dokumentacji nie jest warunkiem udzielenia świadczenia, jednak może mieć istotne znaczenie dla przeprowadzenia oceny funkcjonalnej oraz zaplanowania procesu terapeutycznego.
3. Pacjent zobowiązuje się stawiać na wizytę zdrowy.

REGULAMIN KORZYSTANIA Z USŁUG Rehabilitacji Centrum Medyczne MedSen

§1 Postanowienia ogólne

1. Umówienie wizyty w Centrum Medycznym MedSen jest równoznaczne z zapoznaniem się oraz akceptacją niniejszego regulaminu.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są odpłatnie, a aktualny cennik dostępny jest na miejscu oraz na stronie internetowej matuk – fizjoterapia.
3. Każda umówiona wizyta skutkuje utworzeniem dokumentacji medycznej pacjenta. Każda umówiona wizyta w Centrum Medycznym MedSen jest jednoznaczna z utworzeniem konta

użytkownika w zewnętrznym systemie rezerwacji online Booksy, który jest zgodny z wszelkimi regulacjami wynikającymi z przepisów RODO. Utworzenie konta w Booksy jest niezbędne w celu sprawnego zarządzania systemem rezerwacji i informowania pacjentów.

§2 Rezerwacja wizyt

1. Wizyty można rezerwować:

- telefonicznie: 577 644 440
- osobiście: Generała Stanisława Maczka 86, 15-691 Białystok, w godzinach pracy gabinetu
- rezerwację online całodobowo, 7 dni w tygodniu w systemie Booksy

2. Pacjent rezerwujący wizytę zobowiązany jest do podania następujących danych:

- imię i nazwisko
- numer telefonu
- adres e-mail (opcjonalnie)

3. Podanie danych oznacza ich zgodność ze stanem faktycznym oraz potwierdza posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, a w przypadku jej ograniczenia – działanie za zgodą opiekuna prawnego.

4. W przypadku wizyt stacjonarnych rezerwacja może wymagać dodatkowego potwierdzenia telefonicznego lub osobistego.

5. Rozliczenie wizyty następuje po jej realizacji w gabinecie.

§3 Organizacja pracy gabinetu

1. Gabinet czynny jest od poniedziałku do czwartku w godzinach 10:00 -18:00, a w piątki od 12:00 -18:00.

2. Pacjent zobowiązany jest do zapoznania się z informacjami dotyczącymi przygotowania do pierwszej wizyty.

3. Prosimy o przybycie kilka minut przed wyznaczoną godziną wizyty.

4. Spóźnienie może skutkować skróceniem czasu terapii, bez zmiany ceny usługi.

5. Spóźnienie przekraczające połowę czasu wizyty może skutkować jej anulowaniem oraz naliczeniem opłaty zgodnie z regulaminem.

6. Na terenie gabinetu obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych.

7. Gabinet nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione bez nadzoru.

8. Za szkody wyrządzone w mieniu gabinetu odpowiada pacjent, a w przypadku osób niepełnoletnich – jego opiekun prawny.

§4 Dokumentacja medyczna i RODO

1. W placówce prowadzona jest dokumentacja medyczna w formie elektronicznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Dokumentacja udostępniana jest osobom uprawnionym na wniosek, w formie pisemnej, ustnej lub elektronicznej.

3. Dane pacjentów przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji, kontaktu oraz realizacji obowiązków prawnych i finansowych.

4. Zakres danych obejmuje m.in.: imię i nazwisko, datę urodzenia, PESEL lub dokument tożsamości, adres zamieszkania, dane kontaktowe oraz informacje o stanie zdrowia.

5. Podstawy prawne przetwarzania danych stanowią przepisy RODO, w szczególności:

- art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h – udzielanie świadczeń zdrowotnych i dokumentacja medyczna
- art. 6 ust. 1 lit. f – kontakt z pacjentem
- art. 6 ust. 1 lit. b, c i f – rozliczenia, obowiązki podatkowe oraz dochodzenie lub obrona roszczeń

§5 Pacjenci niepełnoletni

1. Pacjenci poniżej 18 roku życia korzystają ze świadczeń w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego.

2. Wizyta w obecności opiekuna faktycznego możliwa jest po pisemnej zgodzie opiekuna prawnego.

3. Pacjenci w wieku 16–18 lat mogą uczestniczyć w wizytach samodzielnie, pod warunkiem pisemnej zgody opiekuna prawnego.

§6 Odwoływanie i zmiana terminów wizyt

1. Odwołanie lub zmiana terminu wizyty możliwa jest najpóźniej 24 godziny przed planowanym terminem jej rozpoczęcia.

2. Odwołanie wizyty może nastąpić telefonicznie lub za pośrednictwem wiadomości SMS wysłanej na numer kontaktowy gabinetu.

3. Nieodwołanie wizyty w wymaganym terminie lub niepojawienie się Pacjenta na umówionej wizycie może skutkować naliczeniem opłaty w wysokości 50% wartości zarezerwowanej usługi.

4. Pacjent, który nie stawiał się na umówioną wizytę bez jej wcześniejszego odwołania zgodnie z postanowieniami niniejszego regulaminu, zobowiązany jest do uiszczenia opłaty, o której mowa w ust. 3. Opłata ta może zostać doliczona do kosztu kolejnej realizowanej wizyty.

5. W przypadku dokonania przedpłaty za wizytę, jej nieodwołanie co najmniej 24 godziny przed planowanym terminem skutkuje utratą wpłaconej kwoty. Przedpłata nie podlega wówczas zwrotowi.

6. Wpłacona przedpłata stanowi zadatek w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.

7. W przypadku odwołania wizyty przez gabinet Pacjentowi zostanie zaproponowany najbliższy dostępny termin realizacji usługi.

8. Powyższe zasady mają na celu sprawną organizację pracy gabinetu oraz umożliwienie skorzystania z wolnych terminów innym pacjentom oczekującym na wizytę.

§7 Wejście w życie regulaminu

Regulamin obowiązuje od dnia 01.05.2026.

Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/ (-am) i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku.

Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie.

Zostałem poinformowany/-a o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez fizjoterapeutę nie są zagwarantowane.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień.

Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzieleniu świadczenia.

Akceptuję regulamin Centrum Medycznego MedSen.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne udzielane przez fizjoterapeutę i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania fizjoterapeuty o zmianach statusu zdrowia.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Medyczne MedSen** siedzibą na ul. Generała Stanisława Maczka 86, 15-691 Białystok.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia i realizacji świadczonych usług oraz wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c);
3. Gabinet gwarantuje, że przetwarza i będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe wyłącznie w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach oraz zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem.
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do przetwarzania fizjoterapeucie współpracującym z gabinetem.
5. Mogą być również udostępnione organom publicznym i instytucjom uprawnionym do żądania dostępu lub otrzymania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

6. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane osobom trzecim.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od daty zakończenia leczenia lub od daty wycofania zgody.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do świadczenia usług medycznych. **W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe prowadzenie leczenia.**
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania lub usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności informacji o stanie zdrowia, w celu świadczenia usług medycznych oraz wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Centrum Medycznym MedSen.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU W SERWISA INTERNETOWYCH

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (*właściwe podkreślić) na zamieszczenie przez Centrum Medyczne MedSen mieszczącego się na ulicy Generała Stanisława Maczka 86, 15-691 Białystok mojego wizerunku, na stronie społecznościowej w serwisie Facebook w celu (np. ogłoszenie wyników konkursu, promocja ośrodka, itp.)

Centrum Medyczne MedSen pragnie poinformować, że serwery serwisu Facebook znajdują się w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie obowiązują inne przepisy z zakresu ochrony danych osobowych, które w szczególności mogą nie zapewniać dostatecznego poziomu ochrony.

Pani/a dane zostaną przetransferowane przez serwis Facebook na jego serwery w celu stworzenia kopii zapasowej oraz w celach związanych z działalnością serwisu.

Zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania, które służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z fizjoterapeutą.

Imię i nazwisko

.....
.....

PESEL.....

.....

WYBRANĄ ODPOWIEDŹ PODKREŚLIĆ

Czy czuje się Pan/i ogólnie zdrowy/a? NIE*	TAK/
Czy w ostatnich 2 latach i z jakiego powodu leczył/a się Pan/i w szpitalu?	TAK / NIE*
Na co aktualnie się Pan/i leczy?	TAK/ NIE*
Jakie leki aktualnie Pan/i przyjmuje? (aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)	TAK / NIE*
Czy jest Pan/i uczulony/a (jeśli tak to na co)	TAK / NIE*
Czy ma Pan/i skłonność do krwawień?	TAK/NIE*
Czy miał/a Pan/i epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	TAK/NIE*
Czy posiada Pan/i rozrusznik serca?	TAK/NIE*
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na którąś z następujących chorób? choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK / NIE*
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) /NIE*	TAK
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)	TAK / NIE*
choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie płuc)	TAK / NIE*
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)	TAK/NIE*

choroby wątroby (kamica, Żółtaczką, marskość wątroby) NIE*	TAK /
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	TAK / NIE*
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK / NIE*
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) NIE*	TAK /
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK / NIE*
choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK / NIE*
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK / NIE*
choroby oczu (jaskra)	TAK / NIE*
zmiany nastroju (depresja, nerwica)	TAK / NIE*
choroby zakaźne:	
Żółtaczką zakaźną typu A TAK/NIE*	
Żółtaczką zakaźną typu B	TAK/NIE*
Żółtaczką zakaźną typu C	TAK/NIE*
AIDS	TAK/NIE*
gruźlica	TAK/NIE*
ch. weneryczne	TAK/NIE*
ch. reumatyczne	TAK/NIE*
osteoporoza	TAK/NIE*
Inne dolegliwości?	
Jakie?	
.....	
.....	

TAK/NIE*

Kiedy i jakiego powodu była Pani/Pan operowany?

.....
.....TAK/NIE*

Czy pali Pan/Pani tytoń?

TAK/NIE*

Czy pije Pan/Pani alkohol?

TAK/NIE*

Jeśli środki uspokajające, nasenne, narkotyki Pan/ Pani zażywa?

.....
.....TAK/NIE*

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Imię i nazwisko

Ja.....
.....

PESEL.....
.....

Zamieszkały/a.....
....., oświadczam, że :

☐ **upoważniam osobę bliską**

Imię i nazwisko

.....

Adres

zamieszkania.....

Nr. tel. kontaktowy.....

☐ **nie upoważniam**

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego) oraz - w przypadku śmierci - do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Medycznym MedSen Generała Stanisława Maczka 86, 15-691 Białystok.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich zabiegów uzgodnionych z fizjoterapeutą tutaj. Centrum Medycznego.

.....
.....

Data

Podpis Pacjenta

- Skreśl nieprawidłową odpowiedź

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich (imię i nazwisko)

.....
danych osobowych w celach marketingowych przez Centrum Medyczne MedSen zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych. Administratorem danych osobowych jest Centrum Medyczne Medsen.

.....
.....

Czytelny podpis składnego oświadczenia.