

Proszę uważnie przeczytać kartę pacjenta. Dokładne informacje pozwolą zakwalifikować Państwa do leczenia w Columnna Medica i ułożyć najlepszy program rehabilitacyjny. Proszę wypełnić dokument uzupełniając luki, lub wybierając jedną z podanych odpowiedzi. Dziękujemy.

Imię i Nazwisko _____

Adres _____

Miasto _____ kod pocztowy _____

PESEL _____ numer telefonu _____

Adres e-mail _____

Data urodzenia _____ wiek _____

Miejsce urodzenia _____

Płeć _____ wzrost _____ waga _____

Jaki charakter będzie miał Państwa pobyt w Klinice:

- ☐ Profilaktyczny, nie mam żadnych dolegliwości bólowych. ☐ Doraźny, z dolegliwościami bólowymi.

Czy posiadają Państwo aktualne (nie starsze niż rok) badania obrazowe dotyczące części narządu ruchu, która ma być objęta procesem rehabilitacji?

- ☐ TAK (prosimy o zabranie ze sobą powyższej dokumentacji) ☐ NIE

Czy w ciągu ostatnich 5 lat przechodzili Państwo chorobę nowotworową*

- ☐ Tak- proszę podać datę i rodzaj leczenia (chemia/ radioterapia/ operacja) _____

☐ Nie

Proszę krótko opisać swój aktualny stan zdrowia:

Choroba podstawowa/ wypadek (rok) zabieg operacyjny (rok)

Choroby współistniejące (np.: choroby serca, nerek, nowotworowe, inne)

Elementy metalowe w ciele (zastawki, rozrusznik, stenty, implanty, protezy, metalowe, śruby w kościach)

Rehabilitacja prowadzona będzie:

- ☐ Przed zabiegiem operacyjnym ☐ Kontynuacja rehabilitacji
☐ Po zabiegu operacyjnym ☐ Inne(proszę wymienić jakie): _____

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w czynnościach dnia codziennego, takich jak: spożywanie posiłków, ubieranie się, wstawanie, siadanie?

☐ Jestem samodzielny/a we wszystkich czynnościach

☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak: _____

Czy potrzebuje Pan/Pani pokoju dostosowanego dla osób niepełnosprawnych ?

☐ Tak (łóżko ortopedyczne, nakładka na sedes, uchwyty przy toalecie) ☐ Nie

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy zabiegach higieny osobistej ?

☐ Potrzebuję całkowitej pomocy

☐ Nie potrzebuję pomocy

☐ Tak, potrzebuję pomocy w niektórych czynnościach, takich jak: _____

Czy może Pan/Pani poruszać się samodzielnie?

☐ Tak

☐ Mogę przejść samodzielnie około _____ metrów

☐ Nie

Czy porusza się Pan/Pani z pomocą:

☐ Kul

☐ Wózka

☐ Laski

☐ Chodzika

Czy przyjmuje Pan/Pani aktualnie leki?

☐ Tak

☐ Nie

Proszę wymienić jakie: _____

Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?

☐ Tak

☐ Nie

Czy stosuje Pan/Pani dietę?

☐ Tak

☐ Nie

Proszę wymienić jaką: _____

Prosimy o wybór jednej z podanych diet wstępnych, która będzie obowiązywała do momentu ułożenia indywidualnego jadłospisu (dotyczy Pacjentów stosujących dietę - usługa dodatkowa płatna).

☐ dieta wstępna
ogólna

☐ dieta wstępna
lekkostrawna

☐ dieta wstępna
wegańska

☐ dieta wstępna
bezglutenowa

Skąd dowiedzieliście się Państwo o klinice?

Prosimy podać przybliżony czas przyjazdu.

☐ PRZYJAZD DO GODZINY 15.00

☐ PRZYJAZD PO GODZINIE 15.00

Dodatkowe informacje, o których chciałby nas Pan/Pani poinformować:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez COLUMNA MEDICA Sp. z o.o. sp. kom 98-100 Łask, ul Wakacyjna 8; w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowy (Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 r. z późniejszymi zmianami) w celach związanych z leczeniem i profilaktyką medyczną. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach m.in. do wglądu i aktualizacji moich danych.

data _____ podpis pacjenta _____

*Aktywne choroby nowotworowe stanowią przeciwwskazanie do zabiegów fizykalnych i masażu leczniczego, wobec czego pakiet może zostać zredukowany bez zwrotu kosztów.

Prosimy o zaświadczenie od lekarza prowadzącego (onkologa) o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji.

*W przypadku zatajenia informacji o chorobie nowotworowej lub innej, która może być przeciwwskazaniem do prowadzenia terapii może skutkować zmianą pakietu bez zwrotu różnicy kosztów wynikających ze zmiany zabiegów.

W przypadku jakichkolwiek objawów zakażenia Covid-19 w dniu przyjazdu możemy odstąpić od realizacji pobytu, z przeniesieniem go na inny termin. W przypadku objawów w trakcie pobytu możemy odstąpić od wykonania zabiegów, z przeniesieniem pobytu na inny termin.

OŚWIADCZENIE PACJENTA O PRAWDZIWOŚCI PRZEKAZYWANYCH INFORMACJI

Niniejszym oświadczam, iż:

- 1.wszelkie informacje podane w procesie kwalifikacyjnym do leczenia rehabilitacyjnego, w szczególności w niniejszym formularzu wstępnej kwalifikacji do fizjoterapii, a dotyczące mojego stanu zdrowia/stanu zdrowia pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem faktycznym, są w pełni prawdziwe;
- 2.nie zataiłem/am żadnych okoliczności dotyczących mojego stanu zdrowia/ stanu zdrowia pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym;
- 3.zostałem poinformowany o możliwości braku podjęcia leczenia oraz możliwości odstąpienia od leczenia przez lekarza w przypadku utraty zaufania do pacjenta i przedstawianych przez niego istotnych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia, mających wpływ na bezpieczeństwo procesu leczenia.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej wyrażenie zgody

.....
dzień, miejscowość

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Panią/Pana, że:

- Administratorem Pani/a Danych jest: COLUMNNA MEDICA sp. z o.o. sp. k. z siedzibą: ul. Wakacyjna 8, 98-100 Łask
- Dane kontaktowe Administratora Danych: kontakt@columnamedica.com
- Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: Wypełnienia formularzu wstępnej kwalifikacji do fizjoterapii i późniejszego leczenia.
- Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Udzielona przez Panią/Pana zgoda.
- Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów: Pani/Pana dane nie są przekazywane innym podmiotom niewymienionym w przepisach prawa. Pani/Pana dane nie są przekazywane do żadnego państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody.
- Ma Pani/Pan prawo do: Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody.
 1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
 2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
 3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 4. przenoszenia danych,
 5. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych,
 6. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podane przez Panią/Pana dane są: Przetwarzane na podstawie udzielonej zgody. Nie podanie danych skutkuje brakiem możliwości zakwalifikowania Pani/a do fizjoterapii oraz późniejszego leczenia.
- Pani/Pana dane: Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu.

WYRAŻENIE ZGODY

Administratorem Danych jest: COLUMNNA MEDICA sp. z o.o. sp. k. z siedzibą: ul. Wakacyjna 8, 98-100 Łask. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 7, art. 8 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **wyrażam/nie wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wypełnienia formularza wstępnej kwalifikacji do fizjoterapii oraz późniejszego leczenia.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zostałem/am poinformowany/a o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie. Nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania w okresie od momentu wyrażenia zgody do chwili jej wycofania.

.....
podpis osoby składającej wyrażenie zgody