

MEZŐTÚRI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11.

Gyógytorna

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

- **Gyógytorna kezelés** elrendelésekor az Ön diagnózisa és panaszai alapján a gyógytornászok időpontot adnak gyógytorna foglalkozásra.

A kezelést 8 napon belül kell elkezdni és 60 napon belül kell befejezni.

- A kezelésekre hozhat saját lepedőt, vagy törölközőt. Az ülve végzendő tornához (kéz) törölköző nem szükséges, váltócipő vagy papucs azonban hasznos lehet.

- Intézetünk fizioterápiás részlege sok betegtársának nyújtja a szükséges kezeléseket. Azok zavartalan menetét csak úgy tudjuk biztosítani, ha Ön az előjegyzett kezelési időpontokat pontosan betartja. **Ha a kezelés megadott időpontját lekési**, a kezelést nem áll módunkban megadni. **Ha két előjegyzett kezelésről bejelentés nélkül távol marad**, előjegyzett időpontjait töröljük, s további kezelését csak új időpont megadása után tudjuk folytatni.

- Amennyiben otthon, **indulás előtt rosszul érzi magát** (láz, nátha, köhög, hány, hasmenés, ingadozik a vérnyomása, vércukra), kérjük, hogy Ön és betegtársai érdekében **ne jöjjön el a kezelésekre**, értesítsen minket és gyógyulása után új időpontban folytathatja a kezeléseket! Éhgyomorral és alkoholos állapotban, beteg, **NÁTHA, INFLUENZA** ne jöjjön kezelésekre!

- Ha kezelése során bármilyen jellegű probléma felmerül, kérjük, forduljon hozzánk bizalommal!

A gyógytornász irányadások, terápiák a szakmai protokollnak megfelelően történnek. A sikeres gyógyulás érdekében kérjük tartsa be azokat!

A gyógykezelés időpontjait összehangoltan adjuk a fizioterápiával, masszázzsal, gyógytornával. A kistérség teljes lakosságát ellátjuk.

A gyógykezelések zavartalan lebonyolítása végett kérjük a tájékoztatás szíves tudomásul vételét!

Kérjük, hogy a kezeléseket egyidejűleg egy intézményben vegye fel.

Nyilatkozat

a gyógytorna kezelésekkal és a beteg adatainak terápiás célú kezelésével kapcsolatban

Alulírott (név:, szül. hely:, szül. dátum:) jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom

vagy közeli hozzátartozó törvényes képviselő

Név: lakcím:

személyazonosító igazolvány száma:

aláírással igazolom, hogy a gyógytorna kezelésekkal kapcsolatos beteg tájékoztatást megkaptam, azok elvégzését engedélyezem. Továbbá hozzájárulok egészségügyi adataim terápiás célú felhasználásához.

.....
beteg aláírása

.....
közeli hozzátartozó / törvényes képviselő
aláírása