



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_ PJ16_F2

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Cel przyjęcia / rozpoznanie:

1. Planowana diagnostyka:

2. Planowana terapia:

a) rehabilitacja

93.3807 Metody neurofizjologiczne - NDT-Bobath	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.3808 Metody neurofizjologiczne - PNF	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1121 Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1132 Ćwiczenia wspomagane	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1202 Ćwiczenia czynne wolne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1204 Ćwiczenia samowspomagane	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1901 Ćwiczenia równoważne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1904 Ćwiczenia samoobsługi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywid.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.1911 Ćwiczenia koordynacji ruchowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.2204 Nauka czynności lokomocyjnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.3911 Masaż klasyczny - całkowity	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.3912 Masaż klasyczny - częściowy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.3918 Masaż - inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
93.83 Terapia zajęciowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

93.86 Terapia psychologiczna / neurologopedyczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Fizykoterapia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

4. Inne:

5. Planowany czas pobytu w oddziale dziennym: dni

Zostałem w pełni poinformowany w sposób dla mnie zrozumiały o stanie zdrowia dziecka, celu i sposobie wykonania powyższych procedur. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na poddanie dziecka zabiegom i procedurom wynikającym z powyższego planu indywidualnej opieki medycznej.

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>