**SPRZECIW PACJENTA**

Niniejszym sprzeciwiam się wykonaniu przez fizjoterapeutę\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ następujących świadczeń zdrowotnych:

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przed wyrażeniem sprzeciwu zostałem poinformowany o: zakresie świadczenia zdrowotnego, które ma być wobec mnie przeprowadzone, jego przebiegu, przeciwskazaniach, zaniechaniu świadczenia zdrowotnego, możliwych do przewidzenia objawach towarzyszących wykonywaniu świadczenia zdrowotnego, a także zakładanych i przewidywanych skutkach wykonania świadczenia zdrowotnego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data oraz podpis pacjenta \*

**\* podpis:**

1. *Pacjent, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem*