

KONTRAKT

Kontrakt pomiędzy dietetykiem a pacjentem i opiekunem.

Poniższy kontrakt określa warunki współpracy pacjenta – (oraz opiekuna –)
z dietetykiem – Kontrakt został sporządzony
w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

Pacjent zobowiązuje się do:

1. Przestrzegania ustalonych zaleceń dietetycznych,
2. Osiągnięcia i utrzymania masy ciała na poziomie BMI równym minimum, a docelowo – minimum,
3. Osiągnięcia BMI równego (masa ciała równa kg) w czasie nie dłuższym niż tygodni (do),
4. Regularnych spotkań z lekarzem (psychiatrą/pediatrą), do czasu uzyskania BMI = - spotkania muszą odbywać się raz w tygodniu,
5. Stosowania się do zaleceń lekarza oraz wykonywania zleconych przez lekarza badań,
6. Regularnych pomiarów masy ciała – minimum raz w tygodniu, u lekarza i/lub dietetyka,

Na czas wyjazdów wakacyjnych pacjent zobowiązuje się do:

1. Spożywania posiłków pod nadzorem osoby dorosłej,
2. Unikania aktywności fizycznej, zwłaszcza o zwiększonej intensywności. Jeśli aktywność taka jest podejmowana – pacjent i opiekun biorą pełną odpowiedzialność za jej konsekwencje,
3. Samodzielnej kontroli masy ciała (pod nadzorem opiekuna) – w przypadku, gdy wyjazd trwa ponad tydzień i pomiar masy ciała w gabinecie lekarza lub dietetyka jest niemożliwy.

Opiekun oświadcza, że na jest świadomy, że stan życia dziecka jest zagrożony oraz jest świadomy zagrożeń wynikających z prowadzenia terapii w trybie ambulatoryjnym. Opiekun świadomie nie decyduje się na terapię w trybie stacjonarnym w szpitalu.

Opiekun zdaje sobie sprawę, że wyjazd wakacyjny przerywa leczenie, zarówno u lekarza, jak i dietetyka, a samo utrzymanie kontaktu mailowego/telefonicznego nie jest wystarczającą formą terapii. Powrót do regularnych spotkań będzie możliwy jedynie pod warunkiem stałego, stopniowego wzrostu masy ciała.

Nie stosowanie się do założeń kontraktu, a w szczególności: spadek masy ciała, unikanie regularnych kontroli lekarskich oraz nie stosowanie się do zaleceń lekarza i/lub dietetyka będzie skutkowało natychmiastowym zakończeniem współpracy.

Data, miejscowość:

Podpis pacjenta:

Podpis opiekuna:

Podpis dietetyka:

KONTRAKT

KONTRAKT ODDZIAŁYWAŃ DIETETYCZNYCH

1. Pacjent zdaje sobie sprawę, że jego stan życia w przypadku osiągnięcia masy ciała poniżej 15 BMI jest zagrożony i jest świadomy zagrożeń wynikających z prowadzenia leczenia w trybie ambulatoryjnym.
2. Rodzice zdają sobie sprawę, że stan życia dziecka jest zagrożony i są świadomi zagrożeń wynikających z prowadzenia leczenia w trybie ambulatoryjnym.
3. Rodzice świadomie nie decydują się na terapię w trybie stacjonarnym w szpitalu.
4. Pacjent zobowiązuje się do uczestnictwa w regularnych wizytach u lekarza psychiatry oraz dietetyka. Terminy uzgadniane są indywidualnie z danym Specjalistą.
5. Pacjent zobowiązany jest do przesyłania Specjalistom aktualnych badań biochemicznych jeśli zajdzie taka konieczność.
6. Pacjent zobowiązuje się do uczestnictwa w konsultacjach dietetycznych w terminie uzgodnionym i zaakceptowanym przez obie strony. W przypadku spóźnienia Pacjenta nie ma możliwości przedłużenia sesji. Jeżeli winę za spóźnienie ponosi Dietetyk wówczas czas trwania konsultacji zostanie wydłużony.
7. Czas trwania konsultacji to 50 min.

8. Jeżeli Pacjent nie może stawić się na umówioną wizytę proszony jest o poinformowanie o tym fakcie Dietetyka na 24h przed planowanym spotkaniem. Niestawienie się na wizytę lub odwołanie jej w tym samym dniu skutkuje pobraniem opłaty. W przypadku nie uiszczenia opłaty Dietetyk ma prawo zakończyć współpracę z Pacjentem.

9. Wszelka aktywność fizyczna (np. zajęcia fitness, basen, jazda na rowerze itp.) jest zakazana.

10. Pomiary masy ciała będą wykonywane podczas każdej konsultacji dietetycznej.

11. Niestosowanie się do zaleceń Specjalistów (dietetyka, lekarza psychiatry) i/lub dalszy spadek masy ciała jest równoznaczny z zerwaniem kontraktu i rozpoczęciem leczenia w warunkach szpitalnych.

12. Wszelkie tematy poruszane na konsultacjach objęte są tajemnicą zawodową. Informacje mogą zostać ujawnione za zgodą Pacjenta lub w przypadku zagrożenia życia i zdrowia Pacjenta.

Data, miejscowość:

Podpis pacjenta:

Podpis opiekuna:

Podpis dietetyka: