

Zasady
udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych
ambulatoryjnych
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

W ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych udziela się świadczeń w zakresie :

- kinezyterapii,
- światłolecznictwa,
- elektroterapii,
- masaż,
- krioterapii miejscowej,
- krioterapię ogólną w kriokomorze,
- gimnastyki indywidualnej,
- gimnastyki grupowej,
- ćwiczeń w basenie rehabilitacyjnym.

Procedura udzielenia świadczenia:

1. Odpłatne zabiegi fizjoterapeutyczne udzielane poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, realizowane są w poszczególnych gabinetach rehabilitacyjnych z wyłączeniem godzin udzielania świadczeń w ramach umowy z NFZ.
2. W ramach leczenia poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Klient może skorzystać z odpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych pojedynczych i pakietowych, z konsultacji lekarzy, z rehabilitacji indywidualnej lub grupowej wg obowiązującego w Szpitalu cennika. Konsultacja lekarska przed zabiegiem w kriokomorze jest obowiązkowa.

3. Odpłatne zabiegi fizjoterapeutyczne , konsultacje lekarskie, udzielane są na podstawie Regulaminu udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych.
4. Odpłatne zabiegi fizjoterapeutyczne udzielane są wyłącznie na pisemny wniosek Klienta (załącznik nr.1) oraz po dokonaniu przez niego, zgodnie z pkt. 3, pełnej odpłatności.
5. Klient zainteresowany udzieleniem odpłatnego świadczenia zdrowotnego ambulatoryjnego zgłasza chęć leczenia osobiście lub telefonicznie w Rejestracji świadczeń ambulatoryjnych tel. 18 20 26 845 w godz. 8.00 – 18.00 wtorek – czwartek; 8.00 – 21.00 poniedziałek, środa.
6. Pracownik Rejestracji przedstawia Klientowi ofertę odpłatnych świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych wraz z cennikiem i podstawowymi zasadami Regulaminu. Udziela także wszelkich informacji i wyjaśnień oraz utrzymuje bieżący, w miarę potrzeby, kontakt z Klientem.
7. Po podjęciu pozytywnej decyzji przez Klienta pracownik Rejestracji dokonuje rezerwacji terminu rozpoczęcia leczenia.
8. W przypadku rejestracji osobistej pracownik Rejestracji przekazuje Klientowi do wypełnienia Wniosek dotyczący udzielania świadczeń poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i po wypełnieniu odbiera dokument. Termin rozpoczęcia leczenia wymaga uzgodnienia z Kierownikiem Działu Fizjoterapii.
9. W przypadku prowadzenia uzgodnień telefonicznie, mailowo lub za pośrednictwem osoby trzeciej pracownik Rejestracji ustala, zgodnie z pkt.8, termin rozpoczęcia leczenia, informuje o nim Klienta, a Wniosek przekazany zostaje Klientowi do wypełnienia w dniu zgłoszenia się do Szpitala.
10. W dniu zgłoszenia się do Szpitala pracownik Rejestracji sporządza kserokopię Wniosku i z oryginałem dokumentu kieruje pacjenta do właściwego lekarza lub fizjoterapeuty w celu przeprowadzenia konsultacji lub badania poprzedzającego



zabiegi w kriokomorze. Kopia Wniosku pozostaje w prowadzonej przez Rejestrację dokumentacji Klienta.

11. W przypadku korzystania tylko z zabiegów fizjoterapeutycznych pracownik Rejestracji wypełnia druk Wniosku (załącznik nr. 1, 2) w części dotyczącej wnioskowanych zabiegów, wpisując w nim zaplanowane zabiegi fizjoterapeutyczne i ustala harmonogram wykonywania zabiegów.

12. Przez cały okres korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych druk Wniosku pozostaje w Rejestracji.

13. Konsultacja lekarska lub skierowanie do wykonania zabiegów poprzedzone są wniesieniem przez Klienta opłaty za badanie w wysokości ustalonej w cenniku Szpitala.


Opłata wnoszona jest w Kasie Szpitala w godzinach 8.00 – 11.00.

14. Klientowi mogą zostać udzielone tylko świadczenia, które uwzględnione są w przedłożonym Wniosku, zostały zaplanowane i opłacone.

15. Klient może zmienić termin udzielania świadczenia na inny pod warunkiem zgłoszenia takiego zamiaru osobiście lub telefonicznie nie później niż 2 dni przed wyznaczonym terminem i posiadania przez Szpital wolnych terminów w określonym przez Klienta czasie. Uzgodnienia nowego terminu dokonuje się w Rejestracji.

16. Po zakończeniu udzielania odpłatnych świadczeń dokumentacja Klienta przechowywana jest w sposób określony obowiązującymi przepisami.

17. Za kompletność dokumentacji odpowiada pracownik Rejestracji.

DYREKTOR

Krystyna Walendowicz

Wniosek
o odpłatne zabiegi rehabilitacyjne
(poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego)
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

Zakopane, dnia

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Telefon kontakt.

Niniejszym proszę o udzielenie odpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych (rodzaj i ilość)

.....
.....
.....

podpis Klienta

Zobowiązuję się za udzielone mi świadczenia zdrowotne zapłacić kwotę zgodną z cennikiem Szpitala za odpłatne świadczenia zdrowotne,

.....

data i podpis Klienta

Oświadczam, że:

1. Zostałem/-łam poinformowany/-a i przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatne) nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Jest mi wiadome, że wnioskowane świadczenia można wykonać nieodpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, ale z tej możliwości świadomie rezygnuję,
3. Zapoznałem/-łam się z Regulaminem odpłatnego udzielania świadczeń i zobowiązuję się do jego przestrzegania

.....

data i podpis Klienta

DAE-0211-3-127 /Zarządzenie nr. 4/2024



Wniosek
o odpłatne zabiegi rehabilitacyjne
(poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego)
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

Zakopane, dnia

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Telefon kontakt.

Zaplanowane odpłatne zabiegi rehabilitacyjne:

L. p Rodzaj zabiegu rehabilitacyjnego/ liczba zabiegów

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

.....

podpis pracownika Rejestracji



Wniosek

**o odpłatne leczenie w ośrodku dziennej rehabilitacji
(poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego)
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem**

Zakopane, dnia

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Telefon kontakt.

Niniejszym proszę o udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego:

.....
.....
.....

podpis Klienta

Zobowiązuję się za udzielone mi świadczenia zdrowotne zapłacić kwotę zgodną z cennikiem Szpitala za odpłatne świadczenia zdrowotne,

.....

data i podpis Klienta

Oświadczam, że:

4. Zostałem/-łam poinformowany/-a i przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatne) nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. Jest mi wiadome, że wnioskowane świadczenia można wykonać nieodpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, ale z tej możliwości świadomie rezygnuję.

6. Zapoznałem/-łam się z Regulaminem odpłatnego udzielania świadczeń i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

data i podpis Klienta

DAE-0211-3-128/ 6 Zarządzenie nr. 4/2024

