

Zasady
udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych
fizjoterapii ambulatoryjnej i ośrodka dziennej rehabilitacji
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych fizjoterapii ambulatoryjnej obejmuje świadczenia:

- kinezyterapię,
- ciepłolecznictwo,
- elektroterapię,
- hydroterapię,
- inhalację,
- krioterapię miejscową,
- krioterapię ogólną w kriokomorze,
- gimnastykę indywidualną,
- gimnastykę grupową.

W ramach ośrodków dziennej rehabilitacji świadczenia udzielane są w:

- ośrodka dziennej rehabilitacji ogólnoustrojowej po godzinie 18:000,
- ośrodka dziennej rehabilitacji kardiologicznej po godzinie 14:30.

Procedura udzielenia świadczenia:

1. Odpłatne zabiegi fizjoterapeutyczne udzielane poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, realizowane są w poszczególnych gabinetach rehabilitacyjnych poza godzinami 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 specjalistów i/ lub fizjoterapeuty, 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 fizjoterapii ambulatoryjnej lub ośrodka rehabilitacji dziennej zgłasza chęć leczenia osobiście lub telefonicznie w Rejestracji świadczeń ambulatoryjnych (tel. 18 20 68 066 wewn. 45) w godz. 8.00 – 18.00 (poniedziałek - piątek).
6. Pracownik Rejestracji przedstawia Klientowi ofertę odpłatnych świadczeń zdrowotnych fizjoterapii ambulatoryjnej i dziennego ośrodka rehabilitacji 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 o fizjoterapię ambulatoryjną/leczenie w ośrodku dziennej rehabilitacji poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego* i, po wypełnieniu, odbiera dokument. Termin rozpoczęcia leczenia ustala w porozumieniu z Kierownikiem Działu Fizjoterapii i informuje o nim Klienta.
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 zabieg 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.

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/-am 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

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:

Lp	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/-am 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