

Zasady
udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych
w leczeniu stacjonarnym
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

Udzielanie w warunkach stacjonarnych odpłatnych świadczeń zdrowotnych prowadzone jest w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej. Udzielanie świadczeń stacjonarnych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej możliwe jest po przeprowadzeniu wcześniejszej konsultacji pacjenta przez lekarza.

Procedura udzielenia świadczenia:

1. Klient zainteresowany udzieleniem odpłatnego świadczenia zdrowotnego w warunkach stacjonarnych zgłasza chęć podjęcia leczenia pracownikowi Sekretariatu (tel. 18 20 00 722) w dni robocze w godz. 7.30 – 15.00 lub Administracji (Tel. 18-20-680-66 w.22).
2. Pracownik przedstawia Klientowi ofertę odpłatnych świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych wraz z cennikiem i podstawowymi zasadami **Regulaminu**. Udziela także wszelkich informacji i wyjaśnień oraz utrzymuje bieżący, w miarę potrzeby, kontakt z Klientem.
3. Po podjęciu decyzji przez Klienta pracownik Sekretariatu/Administracji, dokonuje rezerwacji, informując równocześnie Klienta o konieczności wniesienia przedpłaty w wysokości 50% pełnego kosztu świadczenia. Przedpłata wnoszona jest na konto bankowe wskazane przez pracownika minimum 30 dni przed planowanym terminem pobytu. Rezygnacja w terminie:
 - a) do 30 dni przed planowanym przyjazdem zwrot 100% wpłaconej kwoty,
 - b) do 7 dni przed planowanym przyjazdem zwrot 80% wpłaconej kwoty,
 - c) w pozostałych przypadkach przedpłata nie ulega zwrotowi.
4. W przypadku prowadzenia z Klientem osobistych uzgodnień pracownik Sekretariatu lub Administracji przekazuje do wypełnienia *Wniosek o stacjonarne leczenie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego* ustala termin przyjęcia (załącznik nr 1) na leczenie. Ponadto przekazuje Klientowi (załącznik nr 2) realizację wniosku o odpłatne leczenie stacjonarne i tym samym wdraża procedurę przyjęcia.

5. W przypadku prowadzenia uzgodnień telefonicznie, mailowo lub za pośrednictwem osoby trzeciej pracownik Sekretariatu/Administracji ustala termin przyjęcia, a dokumenty opisane w punkcie 4 przekazane zostaną Klientowi do wypełnienia w dniu przyjazdu do Szpitala.
6. W dniu przyjęcia pracownik Sekretariatu /Administracji kieruje Klienta do właściwego lekarza.
7. Lekarz konsultujący uzupełnia załącznik nr.2
8. Klient podpisuje w Sekretariacie umowę o odpłatne udzielanie świadczeń i dokonuje wpłaty należności do pełnej wysokości.
9. Po wniesieniu pełnej odpłatności za stacjonarne udzielanie świadczeń Klient rozpoczyna pobyt w jednostce.
10. Klientowi mogą zostać udzielone tylko świadczenia, na których wykonanie została wyrażona zgoda lekarza podczas wstępnej konsultacji.
11. Za kompletność dokumentacji odpowiada pracownik Sekretariatu / Administracji.

**Wniosek
o odpłatne leczenie stacjonarne
(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 :

1. za udzielone mi świadczenia zdrowotne zapłacić kwotę zgodną z cennikiem Szpitala za odpłatne świadczenia zdrowotne,
2. wnieść przedpłatę za rezerwację pobytu w kwocie zł.,

.....
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

Załącznik nr.2

Wniosek
o odpłatne leczenie stacjonarne
(poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego)
w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem

Zakopane, dnia

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Opinia lekarza:

.....

.....

.....

Rodzaj zleconego świadczenia	Liczba

podpis lekarza

.....