

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

Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych obejmuje świadczenia udzielane przez:

- Poradnię Rehabilitacyjną,
- Poradnię Neurologiczną,
- Poradnię Reumatologiczną,
- Poradnię Logopedyczną,
- Poradnię Wad Postawy,
- Poradnię Chorób Metabolicznych,
- Poradnię Medycyny Pracy,
- Gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
- Pracownię badań czynnościowych,
- Pracownię USG,
- Pracownię spirometryczną.

Procedura udzielenia świadczenia:

1. Klient zainteresowany udzieleniem odpłatnego ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego zgłasza chęć leczenia osobiście lub telefonicznie w Rejestracji świadczeń ambulatoryjnych (tel. 18 20 68 066 wewn. 45) w godz. 8.00 – 18.00 (poniedziałek-czwartek) lub 8.00-15.00 (piątek).
2. Pracownik Rejestracji przedstawia Klientowi ofertę odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych ambulatoryjnie 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 o skorzystaniu z odpłatnego świadczenia zdrowotnego pracownik Rejestracji dokonuje rezerwacji terminu przyjęcia, po uprzednim uzgodnieniu z pracownikiem udzielającym świadczenia.
4. W przypadku rejestracji osobistej pracownik Rejestracji przekazuje Klientowi do wypełnienia *Wniosek o ambulatoryjne leczenie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego* i, po wypełnieniu,

odbiera dokument zaznaczając na nim termin wizyty. W przypadku niemożności ustalenia terminu porady w danym dniu pracownik Rejestracji przekazuje informację o terminie porady w dniu następnym.

5. W przypadku prowadzenia uzgodnień telefonicznie, mailowo lub za pośrednictwem osoby trzeciej pracownik Rejestracji ustala termin przyjęcia, a *Wniosek* przekazany zostaje Klientowi do wypełnienia w dniu zgłoszenia się do Szpitala.
6. W dniu zgłoszenia się do Szpitala pracownik Rejestracji sporządza kserokopię *Wniosku* i z oryginałem dokumentu kieruje pacjenta do właściwego lekarza w celu udzielenia porady. Kopia *Wniosku* pozostaje w prowadzonej przez Rejestrację dokumentacji Klienta.
7. Wizyta u lekarza poprzedzona jest wniesieniem przez Klienta opłaty za badanie w wysokości ustalonej w cenniku Szpitala. W godzinach 7.30 – 15.00 opłata wnoszona jest w Kasie Szpitala, po godz. 15.00 opłatę pobiera pracownik Rejestracji, przekazując ją do Kasy w najbliższy dzień roboczy.
8. Lekarz konsultujący wydaje opinie o stanie zdrowia Klienta i wskazuje ewentualnie niezbędne w procesie terapeutycznym procedury medyczne (rodzaj i ilość).
9. W czasie udzielania porady udzielający jej lekarz na piśmie dokumentuje jej udzielenie.
10. Klientowi mogą zostać udzielone tylko świadczenia zgłoszone we *Wniosku* i prawidłowo opłacone.
11. Klient może zmienić termin udzielanego 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. Uzgodnienie nowego terminu następuje z pracownikiem Rejestracji.
12. W czasie udzielania odpłatnego świadczenia zdrowotnego lekarz wypisuje Klientowi zalecenia co do dalszego postępowania, w tym także informacje na temat niezbędnych do wykonania badań. Może również wypisać skierowanie na dalsze badania odbywające się w ramach odpłatnych świadczeń zdrowotnych oferowanych w Szpitalu. Nie wypisuje natomiast skierowań na badania objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
13. Po zakończeniu udzielania odpłatnych świadczeń dokumentacja Klienta przechowywana jest w sposób określony obowiązującymi przepisami.

14. Za kompletność dokumentacji odpowiada pracownik Rejestracji.

Wniosek
o odpłatne leczenie ambulatoryjne
(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:

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

