

REGULAMIN KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU

1. SPZOZ udziela świadczeń rehabilitacyjnych nieodpłatnie i odpłatnie.
2. Z bezpłatnych świadczeń rehabilitacyjnych mogą korzystać świadczeniobiorcy tj. osoby ubezpieczone lub uprawnione do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy zawartej pomiędzy SPZOZ a NFZ a także wymagające świadczeń niezwłocznie – w stanach nagłych.
3. Rejestracja pacjentów odbywa się: osobiście, przez członków rodziny, osoby trzecie, po okazaniu skierowania na zabiegi rehabilitacyjne i potwierdzeniu ubezpieczenia zdrowotnego w systemie e-WUŚ. Pacjent może być zarejestrowany w tym samym czasie tylko na jedno skierowanie i u jednego świadczeniodawcy.
4. **Pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.**
5. **Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne jest ważne 30 dni od daty wystawienia do daty zarejestrowania.**
6. Jedno skierowanie obejmuje cykl 10 dni zabiegowych. W uzasadnionych przypadkach lekarz może wydłużyć rehabilitację o jeden kolejny cykl 10 dni zabiegowych.
7. Pacjent zobowiązany jest każdorazowo potwierdzić ubezpieczenie zdrowotne w systemie e-WUŚ.
8. Pacjent powinien posiadać strój sportowy i obuwie zmienne oraz ręcznik kąpielowy, podkłady gazowe oraz zlecone leki (maści, żele, ampułki) gdy zabiegi tego wymagają.
9. Podczas przebywania w gabinetach i poradniach rehabilitacyjnych obowiązuje zakaz używania telefonów komórkowych.
10. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania zasad higieny osobistej, zakazu palenia tytoniu oraz zakazu spożywania alkoholu na terenie kompleksu rehabilitacyjnego.
11. Personel wykonuje zabiegi wg programu tj. rodzaju i ilości zaleconych przez lekarza kierującego, zgodnie z techniką i stosowaną metodologią.
12. Podstawą wykonania zabiegów jest karta zabiegowa. O sposobie jej pobierania i zwrotu pacjent jest informowany przez osobę planującą zabiegi.
13. Na rodzicach /opiekunach spoczywa obowiązek sprawowania opieki nad jej wymagającymi, w tym nad dziećmi i młodzieżą do 18 roku życia przebywającymi na terenie kompleksu rehabilitacyjnego. Podczas korzystania pacjenta z zabiegów, rodzice/ opiekunowie mają obowiązek przebywania w tym czasie na ww. terenie.
14. W czasie korzystania z usług rehabilitacyjnych **pacjent ma prawo do:**
 - a/ poszanowania godności oraz uprzejmego traktowania przez personel medyczny,

- b/ świadczeń wykonywanych przez personel o odpowiednich kwalifikacjach,
 - c/ rzetelnej informacji o stanie zdrowia,
 - d/ pełnej dyskrecji dotyczącej jego osoby,
 - e/ pełnej informacji o proponowanych metodach leczenia
 - f/ pomocy i wyjaśnień o sposobie przygotowania do zabiegów.
15. Pacjent zobowiązany jest przestrzegać wyznaczonych terminów porad/zabiegów.
 16. Spóźnienie się na zabieg uniemożliwia jego wykonanie w danym dniu.
 17. Wszelkie zmiany terminów zabiegów z przyczyn leżących po stronie pacjenta mogą nastąpić wyłącznie wówczas jeśli rejestracja dysponuje wolnymi miejscami na dany zabieg.
 18. Pacjent, który przez dwa kolejne dni nie zgłosił się na zabiegi, zostaje wykreślony, a w jego miejsce przyjęci będą pacjenci z listy oczekujących.
 19. Pacjent może być zarejestrowany na nową serię zabiegów dopiero po ukończeniu poprzedniej serii i z nowym skierowaniem o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
 20. Pacjent (usługobiorca) może wykupić świadczenia rehabilitacyjne wyrażając wolę na piśmie i wnosząc opłatę wg Cennika Usług Medycznych SPZOZ.
 21. Przy korzystaniu z serii zabiegów wymagana jest opłata w wysokości odpowiadającej cenie serii zabiegów.
 22. Opłata za poradę/zabiegi nie podlega zwrotowi, chyba, że do jej wykonania nie doszło z przyczyn leżących po stronie SPZOZ.

Formularz zgody (poinformowanej)

Na badanie/zabieg inne

.....

.....

(specyfika badania/zabiegu)

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

1) Zostałem(am) poinformowany przez.....

(imię i nazwisko lekarza)

o zasadach, celowości, działaniu, sposobie prowadzenia, ewentualnych powikłaniach i następstwach - proponowanego badania/zabiegu

Miałem(łam) nieskrępowaną możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem odpowiedź. Wszystkie przekazane mi informacje na powyższe tematy są dla mnie zrozumiałe i nie budzą wątpliwości.

2) Wyrażam dobrowolnie zgodę na zabieg/badanie u mnie / u mojego dziecka

.....ur.

(imię i nazwisko dziecka)

3) Oświadczam także, że nie zatałem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis
pacjenta/opiekuna

Przyjąłem niniejsze oświadczenie

.....

Data i miejsce

.....

Podpis lekarza

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Sulejówkach
Marcin Ryszka

Formularz zgody (poinformowanej)

Na szczepienia (na zaszczepienie) ochronne/ inne

.....

.....

(specyfika szczepionki i jej zastosowanie, czyli na co jest to szczepienie)

Ja niżej podpisany(a).....

(imię i nazwisko)

1) Zostałem(am) poinformowany przez.....

(imię i nazwisko lekarza)

o zasadach, celowości, działaniu, sposobie prowadzenia, ewentualnych powikłaniach i następstwach - proponowanego szczepienia ochronnego/innego

Miałem(łam) nieskrępowaną możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem odpowiedź. Wszystkie przekazane mi informacje na powyższe tematy są dla mnie zrozumiałe i nie budzą wątpliwości.

2) Wyrażam dobrowolnie zgodę na zastosowanie u mnie / u mojego dziecka

.....ur.

(imię i nazwisko dziecka)

3) Oświadczam także, że nie zataiłem(łam) żadnych istotnych informacji o obecnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych lekach.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis
pacjenta/opiekuna

Przyjąłem niniejsze oświadczenie

.....

Data i miejsce

.....

Podpis lekarza

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Sulejówku

Marek Rydzko