

REGULAMIN ODPLATNEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.

§ 1

1. Opłaty mogą być pobierane przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. od pacjentów w następujących przypadkach:
 - a) za świadczenia zdrowotne:
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi nieuprawnionemu do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - w przypadku udzielania świadczenia pacjentowi, który zgłosił się w trybie przyjęcia odpłatnego, tj.: świadomie i dobrowolnie korzysta ze świadczeń poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - w przypadku rezygnacji przez pacjenta zaświadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych według listy oczekujących,
 - nieobjęcia świadczeń planem rzeczowo – finansowym, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ,
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi, który korzysta ze świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych;
 - b) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie,
 - c) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, potwierdzonej przez lekarza, dla potrzeb ubezpieczeniowych, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie
 - d) za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, dla potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby,
 - e) za wydanie orzeczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania kierowców, kandydatów dla kierowców lub pracowników, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie i zawartymi umowami o współpracy.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunków uzyskania takiego świadczenia.
5. Podstawą udzielenia świadczenia jest pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na świadczenia zdrowotne określone w ust. 1 wyrażona w formie pisemnego oświadczenia- dokumentu wewnętrznego Szpitala. Brak powyższej zgody

8. Zmiana sposobu postępowania medycznego wynikająca z istotnych wskazań medycznych nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty wniesionej przez pacjenta.

§ 3

Wysokość opłat, o których mowa w §1 ust. 1 uregulowana jest w cenniku obowiązującym w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., który stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

§4

1. W zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital pacjentom przysługują uprawnienia wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku – o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012r., poz. 159 ze zmianami).
2. Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania warunków zawartych w niniejszym Regulaminie i zarządzeniach Kierownika Szpitala, regulowania należności za świadczenia zdrowotne odpłatne.

Pieczęć pracowni/oddziału

miejsowość data.....

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego / diagnostycznego *

[W wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, oświadczenie zgody składa jego pełnomocnik ustawowy (oświadczenie opiekuna faktycznego może być złożone, gdy ma być udzielone świadczenie nie przedstawiające podwyższonego ryzyka dla pacjenta). W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r.ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, oświadczenie składają oba podmioty.]

Dane pacjenta:

Imię.....

Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego, gdy został ustanowiony:

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że mając możliwość zadawania pytań i po udzieleniu mi wyczerpującej informacji

w dniu..... przez lekarza leczącego/wykonującego
badanie...../zabieg

(dane lekarza/oddziału).....

(poniżej należy wpisać tak lub nie)

– o stanie mego stanu zdrowia i rozpoznaniu (lub podejrzeniu rodzaju zaburzeń).....

– o możliwościach leczenia i rokowaniu.....

– o wskazanej dla mnie metodzie leczenia/badania, jej celu, przewidywanym efekcie.....

– o możliwościach działania ubocznego, niepożądanego zastosowanej metody.....

– o skutkach zaniechania leczenia.....

– o możliwości potrzeby zmiany leczenia.....

– oraz odpowiedzi lekarza na moje pytania

– rozpoznanie/podejrzenie (wpisać szczegółowo)

.....

Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam/-em, przyjąłem/-jąłem do wiadomości i wyrażam zgodę na wybraną dla mnie: (wymienić jaką).....jako metodę leczenia/badania.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

Podpis lekarza odbierającego oświadczenie.....

WZÓR

**UMOWA nr/...../.....
o udzielanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego przez pracownię endoskopii
Szpitala powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.**

zawarta w Bytowie w dniu

pomiędzy **Szpitalem Powiatu Bytowskiego Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Bytowie (77-100), ul. Lęborska 13, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000330649, NIP 8421733833, REGON 220799636, kapitał zakładowy w wysokości 24.207.700,00zł reprezentowaną przez:

Panią..... – działającą
na podstawie pełnomocnictwa nrudzielonego przez Zarząd Spółki,
zwaną w dalszej części umowy Spółką.

a

Panią/Panem

.....
zamieszkałym – Adres:

PESEL:

Adres do korespondencji:.....

email..... Tel.....

Zwaną/y w dalszej części umowy „Pacjentem”

§ 1

1. Przedmiotem Umowy jest odpłatne udzielenie przez Spółkę na rzecz Pacjenta świadczenia zdrowotnego w postaci badania/ zabiegu* endoskopowego w prowadzonej przez Spółkę pracowni endoskopii polegający na wykonaniu badania / zabiegu*w obrębie górnego/dolnego* odcinka przewodu pokarmowego z użyciem gastro fiberoskopu / duodendoskopu / kolonoskopu*, wraz z badaniem patomorfologicznym wykonanym z pobranego materiału w celu ustalenia pełnego rozpoznania i wyniku badania, zwanego dalej świadczeniem zdrowotnym.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Spółkę nastąpi pod warunkiem uzyskania przez Pacjenta pozytywnej kwalifikacji do realizacji badania/zabiegu*, dokonanej w dniu udzielania świadczenia od lekarza, z którym Spółka zawarła umowę dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2

1. Umowa zostaje zawarta a czas oznaczony od dniado dnia
2. Strony mogą przedłużyć czas trwania umowy o kolejny okres.

§ 3

1. Pacjent zobowiązany jest przybyć do pracowni endoskopii Spółki w na własny koszt, w wyznaczonym terminie.

*niepotrzebne skreślić

2. Opłatę stanowiącą 100% wynagrodzenia przysługującego Spółce z tytułu udzielenia świadczenia zdrowotnego Pacjent zobowiązany jest uiścić gotówką w terminie do dnia odbioru wyników wykonanego badania/zabiegu. Wydanie Jacentowie wyniku przez Spółkę jest uzależnione od okazania dowodu wpłaty w postaci wydruku (paragonu) z kasy fiskalnej.

§ 8

1. W przypadku, kiedy wywiązanie się z obowiązków określonych w umowie przez Spółkę nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Spółki lub z powodu siły wyższej, Pacjent powinien zostać o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 Strony umowy powinny uzgodnić nowy termin udzielenia świadczenia zdrowotnego.
3. O rezygnacji ze świadczenia zdrowotnego Pacjent powinien niezwłocznie powiadomić Spółkę przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia zdrowotnego, telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:
 - numer telefonu.....
 - numer fax -
 - adres e-mail:.....

§ 9

1. Spółka może odstąpić od Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli Pacjent naruszać będzie postanowienia Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. lub przepisy porządkowe obowiązujące w Spółce.
2. Pacjent może rozwiązać Umowę przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta w każdym czasie.
3. Oświadczenie każdej ze stron o rozwiązaniu Umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.

§ 10

Integralną część umowy stanowi załącznik: Nr 1 Skierowanie na badanie/zabieg* z adnotacją lekarza o braku przeciwwskazań do wykonania zleconego badania/zabiegu* i podanym terminem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

§ 11

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spół pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego rzeczowo właściwego dla siedziby Spółki.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
3. Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

PACJENT

SPÓŁKA

.....

*niepotrzebne skreślić