

Wniosek o przyjęcie na pobyt komercyjny na Oddziale Rehabilitacji Szpitala w Puszczykowie im. Prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.

Część I

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. PESEL:
4. Adres do korespondencji:
.....
tel.:
adres mailowy (opcjonalnie)
5. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego lub przedstawicieli ustawowych (tylko jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony) – rodziców, rodzica, opiekuna lub kuratora*
6. Imię i nazwisko pełnomocnika, jeśli został ustanowiony:

Część II

1. Proszę o przyjęcie mnie na pobyt komercyjny na Oddziale Rehabilitacji Szpitala w Puszczykowie im. Prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.
2. Stawka dzienna 350,00 zł, obejmująca do pięciu procedur rehabilitacyjnych, ustalonych przez lekarza indywidualnie dla Pacjenta w zależności od stanu zdrowia, zakwaterowanie, wyżywienie (3 posiłki dziennie), konsultacje i nadzór lekarza sprawującego opiekę medyczną nad pacjentami, opiekę pielęgnacyjno-opiekuńczą oraz opiekę duszpasterską udzielaną na wniosek Pacjenta.
3. Zakwaterowanie w 1- lub 2-osobowych salach z pełnym węzłem sanitarnym.
4. Ostateczna kwalifikacja i określenie rodzaju pobytu odbywa się po badaniu lekarskim w dniu przyjęcia.
5. Opłata za pobyt nie obejmuje kosztów:
 - a. opłat za leki i wyroby medyczne,
 - b. dodatkowych zabiegów (powyżej 5 procedur rehabilitacyjnych),
 - c. konsultacji lekarzy specjalistów,
 - d. badań laboratoryjnych z wyłączeniem sytuacji nagłych (zagrożenia

- życia),
- e. badań rtg, TK, rezonansu magnetycznego, itp.
 - f. transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania lub innej placówki medycznej.
6. Przyjęcie pacjenta na oddział następuje po dokonaniu wpłaty gotówką lub przelewem bankowym na konto Szpitala w Puszczykowie

CITI HANDLOWY 85 1030 1247 0000 0000 8977 9006

UWAGA!

Na formularzu opłaty w TYTULE PŁATNOŚCI proszę wpisać:
imię i nazwisko pacjenta i oddział, na którym zaplanowano
wykonanie świadczenia zdrowotnego.

Część III

Oświadczam, że:

1. Odpłatność za planowany pobyt (..... dni) zobowiązuję się uiścić nie później niż w dniu przyjęcia do Szpitala i okazanie potwierdzenia przelewu w Biurze Przyjęć Planowych.
2. Wynagrodzenie za dodatkowe świadczenia i usługi oraz koszty podanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także ewentualnych kosztów transportu z/do miejsca zamieszkania lub podmiotu leczniczego zobowiązuję się uiścić w terminie wynikającym z dostarczonego mi rachunku lub faktury.
3. Przyjmuję do wiadomości, że udzielane mi świadczenia zdrowotne są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych, dostępnymi nieodpłatnie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jednakże dobrowolnie rezygnuję z prawa do ich bezpłatnego otrzymania i zlecam ich odpłatne wykonanie na warunkach określonych umową na pobyt odpłatny.

Preferowany termin przyjęcia

Część III

1. Do wniosku dołączam: kopię dokumentu ustanawiającego opiekuna lub kuratora (jedynie w wypadku, gdy został ustanowiony), kopię dokumentu ustanawiającego pełnomocnika (jedynie w wypadku jego ustanowienia), wypełnioną ankietę dla pacjenta, podpisaną umowę na pobyt komercyjny, kserokopię dokumentacji medycznej.
2. O wyniku kwalifikacji, potrzebie kwalifikacji osobistej, terminie przyjęcia itp. proszę poinformować mnie w wybranej przeze mnie formie:
 - a. telefonicznie, pod nr tel.
 - b. pocztą elektroniczną, adres e-mail:.....
 - c. listownie, na wskazany adres:

W przypadku zaistnienia konieczności zwrotu należności uiszczonych przelewem, nastąpi on na podstawie oświadczenia o rozwiązaniu umowy w terminie 7 dni od dnia opuszczenia przez Pacjenta Szpitala w Puszczykowie, względnie w terminie 7 dni od zaistnienia konieczności ich zwrotu. Jeśli Pacjent nie przybył do Szpitala w Puszczykowie przelew nastąpi na rachunek bankowy Pacjenta lub osoby trzeciej, z której rachunku opłaty wniesiono. W innym przypadku zwrot następuje na rachunek bankowy wskazany przez Pacjenta.

.....
Data i podpis