



OŚWIADCZENIE PACJENTA

.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a), NFZ nie finansuje świadczeń rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym , jak również świadczeń opieki zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łuksja -Med udzielonych pacjentom w tym samym dniu:

- korzystali u innego świadczeniobiorcy ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w tym m.in. porad lekarskich, zabiegów fizjoterapeutycznych lub pobytu w ośrodku rehabilitacji dziennej,
- korzystali ze świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum
- byli w trakcie hospitalizacji

W przypadku odmowy sfinansowania przez NFZ świadczeń udzielonych mi w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łuksja -Med z uwagi na wskazane wyżej okoliczności, zobowiązuję się pokryć w pełni koszt ich realizacji, zgodnie z obowiązującym w placówce cennikiem usług, na podstawie innej faktury , w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta