OŚWIADCZENIE PACJENTA O ZASADACH FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ PRZEZ NFZ

Ja niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: .....
PESEL.....

oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym o sytuacjach, w których świadczenie może nie zostać rozliczone przez NFZ. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż odmowa finansowania może wynikać w szczególności z:

- limitów i zasad rozliczania świadczeń rehabilitacyjnych (w tym rehabilitacji domowej),
- jednoczesnego korzystania ze świadczeń u innego świadczeniodawcy,
- pobytu w szpitalu, hospicjum lub innych świadczeniach stacjonarnych w tym samym czasie,
- innych ograniczeń wynikających z obowiązujących przepisów i umowy z NFZ. W przypadku odmowy finansowania świadczenia przez NFZ zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z cennikiem NZOZ Łuksja-Med.

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3.
Dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące przy realizacji świadczeń zdrowotnych.
Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres wymagany przepisami prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta