ŁUKSJA MED

WNIOSEK O DORAŹNĄ ZMIANĘ GODZINY ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH (NFZ)

Pacjent: …….. PESEL: ……..…….

Rehabilitacja od ……..…....…… do ……..…….…..... Ustalona godzina zabiegów: …….

Proszę o **zmianę godziny** zabiegów w dniu/dniach: ……

Preferowana godzina (jeżeli jest dostępna): …….....

Powód:

☐ Wizyta lekarska ☐ Pogrzeb ☐ Praca ☐ Nagła sytuacja rodzinna ☐ Inny ważny powód:

……

Oświadczam, że poinformowano mnie, iż zabiegi rehabilitacyjne w ramach NFZ odbywają się zgodnie z harmonogramem, a wyznaczona godzina obowiązuje przez cały cykl rehabilitacji.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- wniosek o zmianę godziny jest rozpatrywany indywidualnie, z uwzględnieniem organizacji pracy placówki oraz dostępności miejsc.
- co do zasady, zgodnie z organizacją pracy placówki, może nastąpić nie częściej niż dwukrotnie w jednym cyklu rehabilitacji,
- brak możliwości zmiany godziny nie stanowi podstawy do roszczeń.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższymi zasadami i je akceptuję.

Data wpływu: …… **Podpis PACJENTA**: …….

DECYZJA PLACÓWKI

☐ ZGODA - nowa godzina: …….. ☐ BRAK MOŻLIWOŚCI ZMIANY

Uwagi:……

Data: …..…….. P**odpis pracownika:** …….

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 zawarte w niniejszym formularzu są przetwarzane w celu organizacji i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji leczniczej, oraz wypełnienia obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa. Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.