

## 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.

---

### Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem danych osobowych jest NZOZ Łuksja-Med. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz rozliczeń, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest obowiązek prawny oraz realizacja świadczeń zdrowotnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom finansującym świadczenia (w tym Narodowemu Funduszowi Zdrowia), podmiotom wykonującym badania diagnostyczne oraz innym podmiotom medycznym uczestniczącym w procesie leczenia.

Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Pacjent ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych jest obowiązkowe w zakresie wynikającym z przepisów prawa.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta

-----  
Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: [biuro@luksja-med.pl](mailto:biuro@luksja-med.pl)

[www.luksja-med.pl](http://www.luksja-med.pl)

tel: (0-25) 798 72 47

NIP: 825 201-13-03 REGON: 0600275587 KRS: 0000233407