

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA PLACÓWKI MEDYCZNEJ

o odmowie wyznaczenia terminu badania/świadczenia w ustawowym czasie

PODSTAWA PRAWNA

Art. 47c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

„W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.”

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności:

Data zgłoszenia do placówki:

Rodzaj wnioskowanego badania / świadczenia:

Termin wyznaczony przez placówkę:

II. DANE PRACOWNIKA PLACÓWKI

Imię i nazwisko pracownika:

Stanowisko:

Nazwa placówki medycznej:

Adres placówki:

Nr telefonu placówki:

III. OŚWIADCZENIE

Niżej podpisany/a pracownik placówki medycznej oświadcza, że:

1. zapoznał/a się z treścią art. 47c ust. 4 ww. ustawy, dotyczącego prawa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności do świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością w terminie do 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,
2. jest świadomy/a przysługującego pacjentowi prawa do wyznaczenia terminu w ustawowym czasie,
3. pomimo powyższego, z przyczyn podanych poniżej, nie może wyznaczyć terminu w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,
4. dane osobowe podane w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą i tożsame z danymi w dokumencie tożsamości.

IV. PRZYCZYNA ODMOWY WYZNACZENIA TERMINU W USTAWOWYM CZASIE

Podana przyczyna:

V. PODPISY

Data i miejsce sporządzenia dokumentu: _____

.....
Podpis pacjenta / pełnomocnika

.....
Podpis pracownika placówki

i Niniejszy dokument może zostać wykorzystany jako dowód w postępowaniu skargowym.

Skargi można składać do: Narodowego Funduszu Zdrowia (tel. 801 392 976) lub Rzecznika Praw Pacjenta (tel. 800 190 590, bezpłatny).