

**KARTA KWALIFIKACJI PACJENTA DO ZABIEGU
W SZPITALU ZAKONU BONIFRATRÓW ŚW. JANA BOŻEGO W ŁODZI**

na podstawie umowy nr _____ o świadczenie odpłatnych usług medycznych

DANE DO UMOWY

Dane Pacjenta

Imię i nazwisko _____ Płeć K M

Miejsce i data urodzenia _____ PESEL

Adres zamieszkania _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Informacje o świadczeniu opieki zdrowotnej

Nazwa lub rodzaj zabiegu _____

Właściwy oddział _____

Data rozpoczęcia hospitalizacji .. Planowany termin zabiegu ..

Cena zabiegu* _____ Słownie: _____

) Cena płatna będzie najpóźniej na _____ dni przed planowanym terminem rozpoczęcia hospitalizacji, w kasie Szpitala **pn-pt 8.00-15.00 lub przelewem na rachunek bankowy o numerze _____ prowadzony w banku _____, przy czym za dzień zapłaty uznaje się dzień zaksięgowania środków na rachunku bankowym Szpitala. Niedokonanie wpłaty w tym terminie poczytuje się za odstąpienie przez Pacjenta od umowy o świadczenie odpłatnych usług medycznych i zwalnia Szpital z obowiązku udzielenia świadczenia na jej podstawie*

OŚWIADCZENIE PACJENTA WS. UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Świadczenie z koszyka świadczeń gwarantowanych:

Pacjent oświadcza że został pouczony:

- o tym, że Świadczenie będące przedmiotem niniejszej Umowy jest świadczeniem gwarantowanym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i na rzecz osób ubezpieczonych lub innych uprawnionych podlega finansowaniu ze środków publicznych
- oraz o możliwości uzyskania tego Świadczenia nieodpłatnie w Szpitalu Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi bądź u innego świadczeniodawcy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym niniejszą Umową na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach

i mimo tego nie chce skorzystać z przysługującego mu prawa do bezpłatnego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach systemu NFZ i zleca Szpitalowi wykonanie świadczenia odpłatnie, zobowiązując się do zapłaty wynagrodzenia.

Świadczenia spoza koszyka świadczeń gwarantowanych:

Pacjent oświadcza że:

- ma świadomość tego, iż Świadczenia mają charakter ponadstandardowy, co oznacza iż nie są one finansowane ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jak również na podstawie innych obowiązujących przepisów

i w związku z tym zleca Szpitalowi wykonanie świadczenia odpłatnie, zobowiązując się do zapłaty wynagrodzenia.

Proszę o przesłanie mi umowy o świadczenie odpłatnych usług medycznych w wersji papierowej / w wersji elektronicznej, na wskazany wyżej adres zamieszkania / adres e-mail.

Miejscowość i data

Podpis Pacjenta

Miejscowość i data

Podpis Lekarza Kierującego

1 Nr umowy wypełnia Szpital po rejestracji zgłoszenia

Numer konta bankowego: PKO BANK POLSKI S.A 10 1020 3352 0000 1202 0165 9283

**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi sp. z o.o.
ul. Kosynierów Gdyńskich 61
93-357 Łódź**