

Regulamin przyjęć Pacjentów do Poradni Wielospecjalistycznych

1. **Rejestracja pacjentów odbywa się codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pracy poradni od godz. 7.30 do godz. 18.00.**
2. Pacjent na wizytę może zarejestrować się w rejestracji:
 - **osobiście**, podając swój PESEL i pokazując w rejestracji e-mail z informacją o skierowaniu lub SMS z kodem – jeżeli skierowanie jest wymagane;
 - **telefonicznie**, podając numer PESEL i kod e-skierowania – jeżeli skierowanie jest wymagane;
 - **drogą elektroniczną (e-mail)**;
 - **lub przez osoby trzecie.**
3. Aby zapewnić pacjentom jak największą dostępność zapisu na wizytę zostały wyodrębnione dla potrzeb rejestracji dwa numery telefonu:
 - **43 828 81 70**;
 - **45 959 53 21**.

W jednym czasie dwa połączenia mogą być odebrane przez pracowników, a pozostałe są zakolejkowane (z komunikatem głosowym, iż jesteś ...X... w kolejce). **W godzinach dopołudniowych (do godziny 14-tej) telefony są odbierane przez 2 pracowników rejestracji medycznej. W godzinach 14.00 – 18.00 – telefony są odbierane przez minimum 1 pracownika rejestracji.**

4. Rejestracja odbywa się w oparciu o harmonogram pracy lekarzy na podstawie prawidłowo wystawionego skierowania, sprawdzeniu ubezpieczenia w systemie EWUŚ na podstawie numeru PESEL lub po okazaniu aktualnych wymaganych dokumentów ubezpieczeniowych.
5. Skierowanie nie jest wymagane do lekarzy specjalistów:
 - ginekologa i położnika;

- onkologa;
 - psychiatry;
 - wenerologa;
 - dentysty.
6. Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna dotycząca świadczeń udzielonych w oddziale szpitalnym, Izbie Przyjęć, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
 7. Skierowanie jest niezbędne w przypadku kiedy Pacjent zgłasza się do poradni:
 - po raz pierwszy, (nie ma on obowiązku cyklicznego odnawiania skierowania w przypadku kontynuacji leczenia),
 - po raz kolejny, ale z innym problemem zdrowotnym,
 8. Skierowanie do poradni specjalistycznej ważne jest do chwili jego realizacji lub traci ważność z chwilą ustania przyczyny kierowania. Termin ważności skierowania nie jest ściśle określony, jeśli jednak skierowanie zostanie przedłożone do realizacji po zbyt długim czasie od daty jego wystawienia, lekarz może podjąć decyzję o konieczności zaktualizowania informacji o stanie zdrowia pacjenta celem zweryfikowania pierwotnej przyczyny kierowania.
 9. Nieprawidłowo wystawione skierowanie nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczenia lub umieszczenia pacjenta na liście oczekujących.
 10. Pacjenci zapisywani są w kolejności zgłoszeń, jeśli świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia, termin jego realizacji jest uzgadniany z pacjentem w rejestracji następnie pacjent umieszczony jest na liście oczekujących.
 11. Pacjent ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania w terminie do 14 dni roboczych licząc od dnia wpisania na listę oczekujących bądź podać kod e-skierowania w momencie rejestracji.
 12. Pierwsza wizyta u specjalisty odbywa się na podstawie skierowania – jeżeli jest ono wymagane. Podczas tej wizyty lekarz decyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy obejmie pacjenta leczeniem specjalistycznym. Jeśli obejmie, to pacjent nie musi cyklicznie odnawiać skierowania u lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne zlecone przez specjalistę. Zrobi to na podstawie wydanego przez niego zaświadczenia (porada, konsultacja). Jeżeli wystarczy jednorazowa konsultacja, lekarz specjalista odsyła pacjenta do lekarza kierującego (podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego). W przypadku, gdy pacjent zostaje objęty opieką poradni specjalistycznej i

wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań, skierowania na te badania wystawia lekarz specjalista. **Od momentu, gdy lekarz specjalista obejmuje opieką pacjenta, to on kieruje i wskazuje miejsce wykonania zleconych badań** (laboratoryjnych, diagnostycznych itp.), które są niezbędne w procesie dalszego leczenia. Lekarz specjalista nie odsyła pacjenta w celu wykonania badań do lekarza POZ/rodzinnego.

13. Lekarz prowadzący pacjenta w poradni specjalistycznej jest zobowiązany do wystawienia w formie elektronicznej dokumentacji medycznej -informacji dla lekarza kierującego / POZ – nie rzadziej niż co 12 miesięcy - o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach i ich stosowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Na podstawie takiej elektronicznej informacji wydanej przez lekarza specjalistę, z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, lekarz rodzinny może wystawiać recepty przez okres wskazany w informacji od lekarza specjalisty.
14. Przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych i umieszczania na listach oczekujących duże znaczenie ma widniejąca na skierowaniu kategoria medyczna, do której kwalifikuje pacjenta lekarz kierujący. Jeśli w trakcie oczekiwania na wizytę, badanie lub określony zabieg stan zdrowia pacjenta znacznie się pogorszy, udaje się do lekarza prowadzącego. Po badaniu lekarz może zmienić kategorię medyczną. Będzie to miało wpływ na przyspieszenie terminu realizacji przysługującego świadczenia zdrowotnego, jeśli pacjent poprosi o zaktualizowanie terminu wizyty w rejestracji.
15. Kategorie medyczne można podzielić na:
 - pilne – wymagają udzielenia świadczenia bez zbędnej zwłoki ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
 - stabilne – proces chorobowy przebiega powoli, nie ma zagrożenia zdrowia z powodu oczekiwania.

Przypadki nagle wymagają udzielenia świadczeń natychmiast (bez skierowania) z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia.

16. Pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących na dane świadczenie u jednego świadczeniodawcy.
17. W przypadku, kiedy pacjent nie może stawić się na wyznaczony termin wizyty jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym placówkę medyczną, w celu umożliwienia skorzystania z porady specjalistycznej kolejnemu pacjentowi z listy oczekujących.

18. W przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, świadczenie w poradni specjalistycznej powinno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.
19. W przypadku, gdy pacjent chce dowiedzieć się jaki jest czas oczekiwania na wizytę do specjalisty bądź na zabieg, należy sprawdzić listę oczekujących w kolejce w Informatorze o Terminach Leczenia dostępnym na stronie NFZ. Pacjent zawsze może wypisać się z listy oczekujących w jednej placówce i zapisać na listę oczekujących w drugiej. Nie może natomiast zarejestrować skierowania w dwóch przychodniach jednocześnie – w tej sytuacji przychodnia ma podstawy do skreślenia takiego pacjenta z listy oczekujących. **Pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących na dane świadczenie u jednego świadczeniodawcy.**

Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością:

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, Dawcy Przeszczepu,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, o których mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych,
- żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii.
- świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

- pacjenci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- osoby deportowane do pracy przymusowej.

Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje:

- osobom chorym na gruźlicę;
- osobom zakażonym wirusem HIV;
- inwalidom wojennym i wojskowym, osobom represjonowanym, kombatantom, żołnierzom zastępczej służby wojskowej, działaczom opozycji antykomunistycznej i osobom represjonowanym z powodów politycznych oraz osobom deportowanym do pracy przymusowej;
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych;
- w zakresie leczenia uzależnień:
 - – osobom zgłaszającym się z powodu uzależnienia,
 - – osobom zgłaszającym się z powodu współuzależnienia – osobom spokrewnionym lub niespokrewnionym z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkującą i gospodarującą, oraz
 - – osobom, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
- uprawnionym żołnierzom lub pracownikom, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- weteranom poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- osobom do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadającym zaświadczenie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii;

- osobom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osobom posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Pacjenci ze szczególnymi uprawnieniami są przyjmowani po okazaniu dokumentu uprawniającego do udzielania świadczeń zdrowotnych poza kolejnością tj. bez zapisywania na listy oczekujących.

Wiceprezes Zarządu
Podębickie Centrum Zdrowia S.p. z o.o.

lek. med. Urszula Marauska