**REGULAMIN** **UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ KOMERCYJNYCH – ODPŁATNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W BEŁŻYCACH W ZAKRESIE FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ**

1. Pracownia Fizjoterapii w Górze (Góra 2, 24-204 Wojciechów) działająca w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach (dalej: SPZOZ Nr 1 w Bełżycach) udziela także odpłatnie świadczeń zdrowotnych w godzinach od 18.00 do 20.00 od poniedziałku do piątku.
2. Informacja o cenach świadczeń dla pacjentów, którzy chcą skorzystać ze świadczeń udzielanych odpłatnie znajduje się na stronie internetowej SPZOZ Nr 1 w Bełżycach pod adresem http://www.spzoz1belzyce.pl/ oraz w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. Każdy pacjent posiadający skierowanie na rehabilitację w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, może skorzystać z rehabilitacji komercyjnej – płatnej, pod warunkiem, że złoży pisemne oświadczenie, które stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. Oświadczenie dołączone jest do dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Do obowiązków pracowników rejestracji należy obowiązek przekazania pacjentowi pełnej i jednoznacznej informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń udzielanych pacjentom nieodpłatnie w ramach umowy z NFZ oraz o zasadach udzielania świadczeń komercyjnych realizowanych w Pracowni, w tym w szczególności wysokości i formie wnoszenia opłaty za wykonane usługi medyczne.
5. Świadczenia odpłatne - komercyjne udzielane są we wszystkich zakresach nieobjętych umową z NFZ, świadczenia refundowane w zakresach objętych umową z NFZ mogą być udzielone odpłatnie tylko i wyłącznie w przypadku, gdy pacjent świadomie rezygnuje z oczekiwania w kolejce na udzielenie świadczenia i pomimo otrzymania informacji o innych podmiotach leczniczych, w których może otrzymać świadczenia nieodpłatnie, potwierdzi chęć skorzystania z odpłatnych świadczeń pisemnym oświadczeniem, które włączane jest do dokumentacji medycznej, które stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
6. Podczas umawiania wizyty komercyjnej, pacjent jest informowany o zasadach odpłatności za świadczenia komercyjne.
7. Pacjent przed wizytą w Pracowni Fizjoterapii jest zobowiązany zapoznać się z regulaminem organizacyjnym przychodni oraz zasadami płatności.
8. Zapłata za świadczenia następuje przed ich realizacją, w rejestracji.
9. Dokumentacja medyczna wypełniona i podpisana po zakończeniu wizyty w Pracowni Fizjoterapii jest potwierdzeniem wykonania usługi.
10. Każda wpłata jest zarejestrowana w kasie fiskalnej - pacjent otrzymuje paragon, na życzenie pacjenta może być wystawiona faktura, wówczas pacjent jest zobowiązany podać niezbędne dane do wystawienia faktury tj.: imię i nazwisko, dokładny adres, numer NIP w przypadku przedsiębiorców.
11. SPZOZ Nr 1 w Bełżycach zastrzega prawo do zmiany niniejszego Regulaminu.
12. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

**Załącznik Nr 1 do Regulaminu udzielania świadczeń komercyjnych – odpłatnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – Cennik**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REHABILITACJA** | | |
| G/K/REH01 | GALWANIZACJA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH02 | JONOFOREZA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH03 | ELEKTROSTYMULACJA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH04 | TONOLIZA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH05 | DIADYNAMIK/PRĄDY DIADYNAMICZNE 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH06 | PRĄDY INTERFERENCYJNE 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH07 | TENS (STYMULACJA PRZECIWBÓLOWA) 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH08 | PRĄDY TREBERTA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH09 | PRĄDY KOTZA 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH10 | ULTRADŹWIĘKI 5-10 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH12 | LASEROTERAPIA SKANER 8-10 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH13 | IMPULSOWE POLE MAGNETYCZNE NISKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI 15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH14 | MASAŻ WIROWY KOŃCZYN GÓRNYCH 15 MIN. | 40,00 zł |
| G/K/REH15 | MASAŻ WIROWY KOŃCZYN DOLNYCH 15 MIN. | 60,00 zł |
| G/K/REH17 | ĆWICZENIA BIERNE 15-30 MIN. | 60,00 zł |
| G/K/REH18 | ĆWICZENIA CZYNNO-BIERNE 15-30 MIN. | 60,00 zł |
| G/K/REH19 | ĆWICZENIA WSPOMAGANE 15-30 MIN. | 30,00 zł |
| G/K/REH21 | ĆWICZENIA CZYNNE W ODCIĄŻENIU 15-30 MIN. | 30,00 zł |
| G/K/REH22 | ĆWICZENIA CZYNNE W ODCIĄŻENIU Z OPOREM 15-30 MIN. | 30,00 zł |
| G/K/REH23 | ĆWICZENIA CZYNNE Z OPOREM 15-30 MIN. | 30,00 zł |
| G/K/REH24 | ĆWICZENIA CZYNNE WOLNE 15-30 MIN. | 50,00 zł |
| G/K/REH25 | ĆWICZENIA IZOMETRYCZNE 15-30 MIN. | 50,00 zł |
| G/K/REH26 | ĆWICZENIA MANUALNE 15-30 MIN. | 40,00 zł |
| G/K/REH27 | MASAŻ KLASYCZNY (ODCINKOWY) 15 MIN. | 75,00 zł |
| G/K/REH28 | MASAŻ KLASYCZNY CAŁOŚCIOWY 30 MIN. | 105,00 zł |
| G/K/REH32 | NAŚWIETLANIE PROMIENI IR,UV 10-15 MIN. | 20,00 zł |
| G/K/REH33 | KRIOTERAPIA 3 MIN. - 1 OKOLICA CIAŁA | 35,00 zł |
| G/K/REH35 | TERAPIA MANUALNA - MOBILIZACJE, MANIPULACJE,  TECHNIKI SPECJALNE 30 MIN. | 150,00 zł |
| G/K/REH36 | WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA | 20,00 zł |

**Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania świadczeń komercyjnych – odpłatnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej**

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące zgody na zabiegi odpłatne**

**Nazwa zabiegu: …………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………**

Oświadczam, że zostałem należycie, wyczerpująco i w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany o tym, że proponowane świadczenia medyczne **udzielane są za odpłatnością (na zasadach komercyjnych)** i wyrażam na to świadomą zgodę.

Oświadczam również, że zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za wykonane świadczenia w wysokości określonej w cenniku usług obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach.

Zostałem poinformowany o tym, że powyższe świadczenia mogę otrzymać nieodpłatnie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w innym terminie wynikającym z kolejki prowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach. **Oświadczam, że chce otrzymać powyższe świadczenie odpłatnie** w Pracowni Fizjoterapii w Górze. Oświadczam, że rezygnuję z zabiegów nieodpłatnych w ramach umowy NFZ.

Data: ………………………………………

Podpis pacjenta: ……………………………………………

**UWAGA ŚWIADCZENIA UDZIELANE ODPŁATNIE**

**Załącznik Nr 3 do Regulaminu udzielania świadczeń komercyjnych – odpłatnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – Klauzula RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, iż:

1. **Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach, 24-200 Bełżyce, ul. Przemysłowa 44,**

**tel. 81 – 516 – 29 – 26, e-mail:** [**sekretariat.zoz1@powiat.lublin.pl**](mailto:sektetsariat.zoz1@powiat.lublin.pl)

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, może Pani/Pan kontaktować się   
z Inspektorem Ochrony Danych w SP ZOZ Nr 1 w Bełżycach:

- pocztą tradycyjną na adres 24-200 Bełżyce, ul. Przemysłowa 44

- pocztą mailową na adres: iod@spzoz1belzyce.pl

- telefonicznie pod numerem: 81 – 516 – 29-24.

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez SP ZOZ Nr 1 w Bełżycach w związku działalnością statutową Zakładu.

4. **Podanie danych osobowych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest normowane na podstawie przepisów określonych prawem: np.: art. 6 ust 1 lit. c) RODO.**

5. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach wskazanych w pkt 4, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych. Odbiorcami tymi mogą być:

- podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,

- podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych (tzw. podmioty przetwarzające art. 28 RODO).

6. Równocześnie informujemy, iż ma Pani/Pan prawo do:

dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

8. Pani/Pana dane osobowe jako pracownika będą przechowywane przez okres normowany przez Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach.

Administrator