



INFORMACJA O ZASADACH PRZYJĘCIA DO SZPITALA NA ODDZIAŁ REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU

SKIEROWNIE:

Na Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu pacjent zostaje przyjęty na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza oddziałów: urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych; w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych lekarz poradni rehabilitacyjnej, urazowo- ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.

ZGŁOSZENIE DO SZPITALA:

W celu ustalenia terminu przejęcia do szpitala można zgłaszać się:

- osobiście,
- telefonicznie, fax,
- za pośrednictwem osoby trzeciej,
- drogą elektroniczną.

Pacjent ma obowiązek dostarczenia oryginału skierowania do Szpitala nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z kolejki.

- ❖ Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach pracy oddziału.
- ❖ W przypadku gdy świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia pacjenci wpisywani są na listę oczekujących (za wyjątkiem pacjentów w stanie nagłym oraz mających prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością).
- ❖ Umieszczenie na liście oczekujących odbywa się zgodnie z określoną kategorią medyczną:
 - przypadek pilny – pacjent, który wymaga pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i zagrożenie szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
 - przypadek stabilny – pacjent, który nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.
- ❖ Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają:
 - pacjenci w stanie nagłym
oraz
 - osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi oraz Zasłużonego Dawcy Przeszczepu (pacjent musi przedstawić Legitymację Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi/ 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 24.01.1991 r. kombatantach oraz

niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 1206 z późn. zm.),

- uprawniony żołnierz lub pracownik, który podczas wykonywania zadań poza granicami kraju nabawił się urazów lub innych chorób,
- kobiety w ciąży,
- świadczeniobiorcy 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,
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych

po okazaniu dokumentu potwierdzającego uprawnienia (ksero dokumentu pozostaje w historii choroby pacjenta).

Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu oznacza, że udziela się tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.

Uprawnienie tych osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością nie oznacza bezwzględnego pierwszeństwa w kolejce w dniu pojawienia się u świadczeniodawcy.

❖ W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania, pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

WYZNACZENIE TERMINU:

Po zgłoszeniu pacjenci informowani są o planowanym terminie przyjęcia ze wskazaniem dnia, miesiąca i roku. W przypadku gdy czas oczekiwania przekracza 6 miesięcy od daty wpisu na listę, termin określany jest z dokładnością do tygodnia, a o dokładnej dacie przyjęcia pacjenci informowani są nie później, niż na 14 dni przed planowanym terminem. **W powiadomieniu o planowanym terminie świadczenia pacjent może być poproszony o przesłanie kopii dokumentacji medycznej. W celu właściwej kwalifikacji do leczenia w powiadomieniu o planowanym terminie świadczenia pacjentowi są proszeni o wypełnienie załączonej ankiety i odesłanie do Szpitala (wg poniższego wzoru).**

❖ Zmiany terminów przyjęcia można dokonać w przypadku:

- zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia niż w ustalonym terminie
- wystąpienia okoliczności których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących.

W każdym z tych przypadków pacjent zostaje niezwłocznie poinformowany o zmianie terminu. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

- ❖ Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia.
- ❖ Pacjent ma obowiązek powiadomić szpital w przypadku rezygnacji z zaplanowanego świadczenia. Jeżeli pacjent nie stawi się w wyznaczonym terminie zostaje on skreślony z listy oczekujących.

Wraz ze zgłoszeniem i skierowaniem **pacjent dostarcza kopie takich dokumentów jak:**

- wypisy szpitalne dotyczące schorzenia podstawowego i schorzeń współistniejących,
- aktualne wyniki badań potwierdzające rozpoznanie,
- wyniki badań obrazowych Rtg, CT, MR,
- zaświadczenie lekarzy specjalistów, jeżeli takie są wystawione
- oraz inną posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą schorzenia podstawowego i/lub schorzeń współistniejących.

❖ **W celu prawidłowej kwalifikacji do leczenia na Oddziale przedłożona dokumentacja medyczna podlega ocenie Komisji Lekarskiej** (Komisja i jej skład osobowy jest powołana zarządzeniem Dyrektora Szpitala).

Do zadań Komisji Lekarskiej należy:

- ocena przedłożonego skierowania,
- ocena prawidłowości dostarczonej dokumentacji medycznej,
- ocena kompletności przedłożonej dokumentacji.

Ponadto:

Komisja Lekarska kwalifikuje pacjenta do kategorii medycznej wg. wytycznych Ministra Zdrowia opracowanych przez prof. dr hab. med. Jerzego Kiwerskiego Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Komisja lekarska na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej i badania pacjenta może dokonać zmiany kwalifikacji skierowania z planowanego na pilne, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia lub z pilnego na planowe.

W przypadku niepełnej dokumentacji i wątpliwości dotyczących stanu pacjenta Komisja ma prawo wezwać pacjenta do badania kwalifikującego.

W przypadku zaostżenia dolegliwości pacjent ma prawo do zmiany kwalifikacji (terminu) przyjęcia. W tym celu powinien dostarczyć wniosek do Szpitala z dołączonym zaświadczeniem i opinią lekarza.

Ostateczna kwalifikacja pacjenta do leczenia na Oddziale następuje w dniu przyjęcia.

UWAGA !

W przypadku, kiedy pacjent nie dostarczył wcześniej dokumentacji medycznej, to w dniu przyjęcia podczas badania kwalifikującego może nastąpić odmowa przyjęcia pacjenta z przyczyn medycznych.

PRZYJĘCIE DO SZPITALA

W dniu przyjęcia należy zgłosić się do Izby Przyjęć z dokumentem potwierdzającym tożsamość (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy) oraz oryginałem skierowania, o ile nie zostało dostarczone wcześniej i nie upłynął jeszcze termin 14 dni roboczych od dnia wpisu w kolejkę oczekujących. Warunkiem udzielenia świadczenia jest posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego, które jest weryfikowane przez elektroniczny system eWUŚ.

Ankieta dla pacjenta

Szanowny Pacjencie,

W celu właściwej kwalifikacji do leczenia na Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu prosimy o odpowiedź na wszystkie poniższe pytania. Prosimy o przesłanie ankiety w okresie 4 - 2 tygodni przed planowanym przyjęciem:

pocztą: **Szpital Rehabilitacyjno - Kardiologiczny, ul. Sanatoryjna 34, Kowanówko, 64-600 Oborniki** lub *faksem*: **61 29 61 615** lub *e-mailem*: **szpital@kowanowko.pl**

Istnieje również możliwość pobrania ankiety ze strony www.kowanowko.pl w zakładce "Dla pacjentów".

Imię i nazwisko:

Rok urodzenia:

Telefon kontaktowy:

Czy choruje lub chorował(a) pan(i) na następujące choroby:

- 1) serca (wada serca, zawał serca, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu) TAK NIE Jeżeli „tak” proszę podkreślić właściwe
- 2) nadciśnienie tętnicze TAK NIE
- 3) cukrzyca TAK NIE
- 4) choroby nowotworowe TAK NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy?.....

- 5) astmę, POChP TAK NIE
- 6) przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie trzustki, inne) TAK NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy?.....

- 7) wątroby (np. żółtaczką, marskość) TAK NIE
- 8) udar mózgu TAK NIE Jeżeli "tak" to kiedy?.....
- 9) Padaczka TAK NIE Jeżeli "tak" to kiedy był ostatni napad?.....
- 10) psychiczne (np. depresja, nerwica, otępienie) TAK NIE
- 11) tarczycy TAK NIE
- 12) choroby naczyń (miażdżycy, żylaki) TAK NIE
- 13) nerek (np. kamica, zapalenie, niewydolność) TAK NIE
- 14) przewlekłe choroby skóry (np. owrzodzenia, grzybice) TAK NIE
- 15) uczulenia: jakie.....

CZY PRZEBYŁ(A) PAN(I) URAZY TAK NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy?.....

CZY PRZEBYŁ(A) PAN(I) OPERACJE TAK NIE

Jeżeli "tak" to jakie i kiedy?.....

CZY WYSTĘPUJĄ:

- 1) zawroty głowy, zaburzenia równowagi TAK NIE
- 2) omdlenia TAK NIE
- 3) osłabienie mięśni TAK NIE

4) duszność spoczynkowa lub przy małym wysiłku TAK NIE

5) trudności w utrzymaniu moczu i stolca TAK NIE

CZY WYMAGA PAN(I) POMOCY PRZY:

1) ubieraniu TAK NIE

2) chodzeniu TAK NIE

3) toalecie TAK NIE

4) spożywaniu posiłków TAK NIE

PROSZĘ PODAĆ NAZWY I DAWKI STOSOWANYCH AKTUALNIE LEKÓW:

data i podpis