

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

podmiotu leczniczego pod firmą Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.

§1

1. Niniejszy regulamin jest regulaminem organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art.23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, zwanym dalej: „Regulaminem Organizacyjnym”.
2. Regulamin Organizacyjny dotyczy podmiotu leczniczego pod firmą Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (kod pocztowy: 41-300) przy ulicy Majakowskiego 12, NIP: 629 237 87 18, REGON: 240 744 068, wpisanego do Rejestru Podmiotów Leczniczych prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Katowicach, numer księgi rejestrowej 000000133499, zwanego dalej „Podmiotem Leczniczym”.
3. Podmiot Leczniczy posiada przedsiębiorstwo pod firmą Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. znajdujące się w Dąbrowie Górniczej (kod pocztowy: 41-300) przy ulicy Majakowskiego 12.
4. Kod formy organizacyjno-prawnej Podmiotu Leczniczego według Rozporządzenia w sprawie kodów: 0800 – spółka cywilna.
5. Regulamin Organizacyjny obowiązuje odpowiednio:
 - a. Lekarzy dentyistów wykonujących indywidualną praktykę lekarską w przedsiębiorstwie Podmiotu Leczniczego;
 - b. Osoby zatrudnione przez Podmiot Leczniczy w ramach prowadzonej przez niego działalności leczniczej, niezależnie od podstawy zatrudnienia;
 - c. Pacjentów, którym Podmiot Leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych.

§2

Regulamin Organizacyjny opracowano na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013r., poz. 217), dalej „Ustawa o działalności leczniczej”;
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012r., poz. 594), dalej: „Rozporządzenie w sprawie kodów”;
3. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634 późn. zm.), dalej „Ustawa o zawodach”;
4. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2012r., poz.159), dalej „Ustawa o prawach pacjenta”;
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010r., nr 252, poz. 1697 z późn. zm.), dalej „Rozporządzenie w sprawie dokumentacji”.

§3

Podstawowym celem Podmiotu leczniczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w szczególności polegających na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie chorób zębów, jamy ustanej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

§4

Świadczenia zdrowotne udzielane są w przedsiębiorstwie Podmiotu leczniczego znajdującym się w Dąbrowie Górniczej (Kod pocztowy: 41-300) przy ulicy Majakowskiego 12.

§5

Podmiot Leczniczy prowadzi działalność leczniczą w rodzaju: 3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.



§6

1. W ramach przedsiębiorstwa Podmiotu leczniczego wyodrębniona została jednostka organizacyjna pod nazwą Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. oraz następujące komórki organizacyjne przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego wraz z określeniem dziedzin medycyny, w których udzielane są świadczenia zdrowotne:
 - A. Poradnia stomatologiczna:
 - i. Poradnia stomatologiczna;
 - ii. Stomatologia zachowawcza z endodoncją;
 - B. Poradnia chorób błon śluzowych:
 - i. Poradnia chorób błon śluzowych przyzębia;
 - ii. Periodontologia;
 - C. Poradnia ortodontyczna:
 - i. Poradnia ortodontyczna
 - ii. Ortodoncja
 - D. Poradnia protetyki stomatologicznej:
 - i. Poradnia protetyki stomatologicznej;
 - ii. Protetyka stomatologiczna
 - E. Poradnia chirurgii stomatologicznej:
 - i. Poradnia chirurgii stomatologicznej;
 - ii. Chirurgia stomatologiczna;
 - F. Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej:
 - i. Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej;
 - ii. Radiologia i diagnostyka obrazowa
2. Komórki organizacyjne Podmiotu leczniczego współdziałają między sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania przedsiębiorstwa pod względem diagnostyczno-leczniczym.
3. Pomieszczenia przedsiębiorstwa Podmiotu leczniczego, ich wyposażenie, sprzęt i aparatura medyczna, spełniają wszelkie prawem przewidziane wymogi do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§7

Do podstawowych zadań komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego wymienionych w §6 Regulaminu organizacyjnego należy w szczególności:

1. Udzielanie porad i konsultacji lekarskich;
2. Przeprowadzanie badań diagnostycznych;
3. Leczenie stomatologiczne;
4. Udzielania świadczeń z zakresu: stomatologii zachowawczej, endodoncji, stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej; implantologii stomatologicznej, protetyki stomatologicznej, periodontologii oraz ortodoncji;
5. Orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów.

§8

1. Prawa i obowiązki Podmiotu Leczniczego wykonują właściciele spółki: Maja Danecka – Pasieka, Krzysztof Pasieka.
2. Podczas nieobecności jednego z właścicieli zastępuje go drugi właściciel.
3. Właściciel jest uprawniony do określenia szczegółowych zasad, standardów postępowania oraz procedur w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot Leczniczy.
4. Właściciele nadzorują działalność przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego.

§9

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom w siedzibie przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00.

2. Osoba zamierzająca skorzystać ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w przedsiębiorstwie Podmiotu Leczniczego zobowiązana jest do dokonania rejestracji:
 - A. Osobiście lub za pośrednictwem upoważnionej osoby;
 - B. Telefonicznie pod numerem telefonu: +48 606 718 122; +48 790 690 632 lub 32 261 33 88
 - C. W formie elektronicznej, wysyłając wiadomość e-mail na adres: kontakt@estetica-cs.pl
3. Rejestracja pacjentów w sposób, o którym mowa w punkcie A. i B. odbywa się w godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie Podmiotu leczniczego.
4. Podczas dokonywania rejestracji, pacjent otrzymuje informację o terminie wizyty i lekarzu dentyście, który udzieli mu świadczenia zdrowotnego, zwanym dalej: „Lekarzem Prowadzącym”.
- 5.
6. Pacjent nie objęty rejestracją ma prawo do natychmiastowego uzyskania świadczenia zdrowotnego, na podstawie zgłoszenia, w razie bezpośredniego zagrożenia utraty zdrowia, a także w sytuacji, gdy zwłoka w rozpoczęciu udzielania świadczenia zdrowotnego mogłaby narazić pacjenta na dalsze ryzyko utraty zdrowia.
7. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.
8. Lekarz Prowadzący udziela pacjentowi świadczeń zdrowotnych samodzielnie i niezależnie, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej;
9. Wszelkie wątpliwości diagnostyczne lub lecznicze Lekarz Prowadzący zobowiązany jest konsultować z właścicielami.

§10

1. Podczas pierwszej wizyty w przedsiębiorstwie Podmiotu Leczniczego, pacjent zobowiązany jest:
 - A. Zgłosić się do recepcji Podmiotu Leczniczego w celu wprowadzenia jego danych osobowych do systemu informatycznego, umożliwiającego założenie i prowadzenie dokumentacji medycznej
 - B. Wypełnić i własnoręcznie podpisać kwestionariusz na temat stanu zdrowia i leczenia, zwany dalej „KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA”, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Pacjent zobowiązany jest do aktualizacji danych, o których mowa w ust. 1 powyżej, najpóźniej podczas wizyty następującej po zmianie tychże danych.
3. Lekarz Prowadzący sprawdza poprawność wypełnienia wywiadu – kwestionariusza, podejmuje czynności diagnostyczne i określa niezbędne świadczenie zdrowotne wraz z informacją na temat jego kosztów, zgodnie z cennikiem świadczeń zdrowotnych, obowiązującym w Podmiocie Lecznicznym.
4. Przed przystąpieniem do udzielania świadczenia zdrowotnego, Lekarz Prowadzący zobowiązany jest do uzyskania zgody pacjenta na jego udzielenie.
5. W przypadku konieczności udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego, które nie mieści się w zakresie obowiązków określonych w umowie zawartej przez Lekarza Prowadzącego z Podmiotem Lecznicznym, Lekarz Prowadzący kieruje pacjenta do innego, właściwego lekarza dentysty.

§11

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez Podmiot leczniczy odpłatnie, zgodnie z CENNIKIEM USŁUG STOMATOLOGICZNYCH, stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Płatności za świadczenie zdrowotne można dokonać:
 - A. Gotówką
 - B. Kartą płatniczą
 - C. Przelewem bankowym na rachunek bankowy Podmiotu Leczniczego nr 45 1240 4908 1111 0010 9665 8375 (z wyjątkiem pierwszej wizyty).
3. Opłata pobierana jest bezpośrednio po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w recepcji przedsiębiorstwa, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
4. W przypadku wizyt trwających godzinę lub dłużej pacjent zobowiązany jest do uiszczenia Opłaty Rezerwacyjnej. Szczegółowy Regulamin Opłaty rezerwacyjnej znajduje się w załączniku numer 7 do Regulaminu Organizacyjnego.

5. W przypadku płatności przelewem bankowym, zostaje wystawiony rachunek z odroczonym terminem płatności. Pacjent zobowiązany jest do zapłaty należności w terminie określonym na rachunku.
6. Właściciele ustalają i zatwierdzają wykaz świadczeń zdrowotnych oraz ich aktualny cennik.
7. Aktualny wykaz i cennik świadczeń zdrowotnych jest dostępny w recepcji.

§12

Zasady zgłaszania i rozpatrywania reklamacji pacjentów w związku z udzielonymi im w przedsiębiorstwie Podmiotu Leczniczego świadczeniami zdrowotnymi, określone zostały w „Regulaminie gwarancji na leczenie stomatologii zachowawczej oraz na usługi protetyczne wykonane w gabinetach Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.”, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

§13

1. Podmiot Leczniczy prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z powszechnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Dokumentacja medyczna wydawana jest na zasadach określonych w „Instrukcji przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej”, stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
3. Podmiot Leczniczy zapewnia ochronę danych osobowych za przechowywanej przez siebie dokumentacji medycznej.
4. Wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej stanowi załącznik nr 5 do regulaminu Organizacyjnego, a druki wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej znajdują się w recepcji Podmiotu Leczniczego.
5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Podmiot Leczniczy pobiera opłatę w wysokości ustalonej w załączniku nr 4 do regulaminu Organizacyjnego.

§14

1. Pacjentowi korzystającemu ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Podmiot Leczniczy przysługują prawa przewidziane w niniejszym Regulaminie Organizacyjnym oraz w aktach prawnych powszechnie obowiązujących, w szczególności w Ustawie o prawach pacjenta.
2. Informacja o prawach wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu, udostępniona jest pacjentom w recepcji
3. Pacjent, którego prawa zostały naruszone podczas udzielania przez Podmiot Leczniczy świadczeń zdrowotnych, jest uprawniony do złożenia właścicielowi pisemnej skargi w terminie 7 (siedmiu) dni od stwierdzenia naruszenia.
4. Na zasadach określonych w ust. 3 powyżej, pacjent jest uprawniony do złożenia wniosków w zakresie udzielonego mu świadczenia zdrowotnego.
5. Odpowiedź na skargę lub wniosek udzielona zostanie pacjentowi przez właściciela na piśmie, w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania skargi lub wniosku.

§15

1. Niniejszy regulamin Organizacyjny obowiązuje od dnia 1 listopada 2023 roku i jest dostępny w recepcji przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego.
2. Integralną część Regulaminu Organizacyjnego stanowią następujące załączniki:
 - A. Załącznik nr 1 – Kwestionariusz osobowy pacjenta;
 - B. Załącznik nr 2 – Cennik usług stomatologicznych;
 - C. Załącznik nr 3 – Regulamin gwarancji na leczenie stomatologii zachowawczej oraz na usługi protetyczne wykonane w gabinetach Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.;
 - D. Załącznik nr 4 - Instrukcja przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej;
 - E. Załącznik nr 5 – Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - F. Załącznik nr 6 – Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej
 - G. Załącznik nr 7 – Regulamin Opłaty Rezerwacyjnej

3. Wszelkie zmiany Regulaminu Organizacyjnego wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Zmiany Regulaminu Organizacyjnego wchodzi w życie po upływie 2 (dwóch) tygodni od udostępnienia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego w recepcji przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego.

Dąbrowa Górnicza 17.11.2023 Boile

Miejscowość; data; podpis właścicieli

David

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA

Podane informacje objęte są tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko pacjenta _____

Data urodzenia _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres _____

Telefon _____

Adres e-mail _____

DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce, a w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, podanie szczegółowych informacji w odpowiednim miejscu.

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?

TAK ☐

NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu?

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to na co?

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to jakie?

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to na co?

Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki?

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak to jakie?

Jak znosi Pan(i) znieczulenie?

DOBRCZE ☐

ŹLE ☐

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce

	TAK	NIE
Czy występują u Pana(i) po lekach lub po znieczuleniu następujące objawy: duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie?		
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?		
Czy zdarzyło się przedłużone krwawienie po usunięciu zęba?		
Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?		
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?		
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:		
Choroby serca		
Nadciśnienie		
Choroby płuc [astma; inne]		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby wątroby [kamica, marskość wątroby; inne]		
Choroby układu moczowego		
Zaburzenia przemiany materii [cukrzyca; inne]		
Choroby tarczycy [nadczynność, niedoczynność, wole obojętne; inne]		
Choroby układu nerwowego [padaczka, niedowłady, utraty przytomności; inne]		
Choroby układu kostno-stawowego [zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa; inne]		
Choroby krwi i układu krzepnięcia		
Choroby oczu [jaskra; inne]		
Choroby genetyczne		
Choroby nowotworowe		
Zmiany nastroju [depresja, nerwica; inne]		
Żółtaczka zakaźna typ A		
Żółtaczka zakaźna typ B		
Żółtaczka zakaźna typ C		
HIV/AIDS		
Gruźlica		
Choroba reumatyczna		
Osteoporoza		
Czy pali Pan(i) papierosy?		
Czy pije Pan(i) alkohol?		
Pytania dotyczące kobiet:		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy stosuje pani doustne środki antykoncepcyjne?		

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, _____ nr PESEL _____
zamieszkały/a _____ oświadczam, że **upoważniam*** Pana/ią _____
nr PESEL _____ zamieszkałego/a _____

nie upoważniam nikogo innego* do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. w Dąbrowie Górniczej.

- ◆ Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.
- ◆ Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji RTG i fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia w tutejszej placówce.
- ◆ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w powyższym formularzu dla celów medycznych – zgodnie z Ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. EU L 119 z 04.05.2016) dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.

Data _____

Podpis pacjenta (opiekuna prawnego*) _____

*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu na recepcji

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Podane informacje objęte są tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.
Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym.
Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego

Data urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

DANE PERSONALNE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Imię i nazwisko

Telefon

Adres e-mail

DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce, a w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, podanie szczegółowych informacji w odpowiednim miejscu.

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo?

TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było leczone w szpitalu?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu?

Czy dziecko jest aktualnie na coś leczone?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co?

Czy dziecko przyjmuje jakieś leki [zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe]?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie?

Czy dziecko jest na coś uczulone?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co?

Czy dziecko było już kiedyś operowane?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?

Jak dziecko znosi znieczulenie?

DOBRCZE ☐ ŹLE ☐

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce

	TAK	NIE
Czy występowały u dziecka po lekach lub po znieczuleniu następujące objawy: duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie, inne?		
Czy dziecko ma skłonność do krwawień?		
Czy dziecko miało epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?		
Czy dziecko choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób:		
Choroby serca		
Nadciśnienie		
Choroby płuc [astma, inne]		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby wątroby [kamica, marskość wątroby, inne]		
Choroby układu moczowego		
Zaburzenia przemiany materii [cukrzyca, inne]		
Choroby tarczycy [nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, inne]		
Choroby układu nerwowego [padaczka, niedowłady, utraty przytomności, inne]		
Choroby układu kostno-stawowego [zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, inne]		
Choroby krwi i układu krzepnięcia		
Choroby oczu [jaskra, inne]		
Zmiany nastroju [depresja, nerwica, inne]		
Żółtaczka zakaźna typ A		
Żółtaczka zakaźna typ B		
Żółtaczka zakaźna typ C		
HIV/AIDS		
Gruźlica		
Choroba reumatyczna		

OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO*

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, _____ nr PESEL _____
zamieszkały/a _____ będąc przedstawicielem ustawowym
pacjenta _____ nr PESEL _____ oświadczam, że
upoważniam* Pana/ią _____ zamieszkałego/a _____

nie upoważniam nikogo innego* do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. w Dąbrowie Górniczej.

- ◆ Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.
- ◆ Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji RTG i fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia w tutejszej placówce.
- ◆ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w powyższym formularzu dla celów medycznych – zgodnie z Ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. EU L 119 z 04.05.2016) dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.

Data _____

Podpis rodzica (opiekuna prawnego*) _____

*niepotrzebnie skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu na recepcji

REGULAMIN GWARANCJI NA LECZENIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ ORAZ NA USŁUGI PROTETYCZNE WYKONANE W CENTRUM STOMATOLOGII „ESTETICA” S.C.

DEFINICJE

§1

Ilekoć w niniejszym Regulaminie mowa jest o:

- a) Gabinecie lub Gabinetach – rozumie się przez to gabinety stomatologiczne działające pod wspólną nazwą Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. przy ulicy Majakowskiego 12 w Dąbrowie Górniczej (kod pocztowy: 41-300);
- b) Leczeniu – rozumie się przez to kompleks usług medycznych wykonanych w Gabinetach w ramach stomatologii zachowawczej lub endodoncji, a także usług protetycznych;
- c) Stomatologii Zachowawczej – rozumie się przez to następujące usługi medyczne: wypełnienie światło utwardzalne, rekonstrukcja korony zęba, wzmocnienie zęba włóknem szklanym, licówka kompozytowa, wybielenie zęba martwego;
- d) Endodoncji – rozumie się przez to następujące usługi medyczne: leczenia kanałowe pod mikroskopem, powtórne leczenie kanałowe pod mikroskopem
- e) Usługach Protetycznych – rozumie się przez to następujące usługi medyczne: protezy akrylowe, protezy szkieletowe, protezy teleskopowe, korony metalowe licowane porcelaną, korony metalowe na implantach licowane porcelaną, inlay-onlay kompozytowy, wkład koronowo-korzeniowy metalowy, wkład koronowo-korzeniowy tytanowy, wkład koronowo-korzeniowy z włókien szklanych, szyny relaksacyjne, szyny NTI
- f) Gwarancji – rozumie się przez to Gabinet wykonujący Leczenie;
- g) Uprawnionym z Gwarancji – rozumie się przez to pacjentów Gabinetu, którzy spełniają warunki uzyskania świadczeń z gwarancji zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie;
- h) Regulaminie – rozumie się przez to niniejszy Regulamin.

PRZEDMIOT GWARANCJI

§2

Gwarancją objęte jest Leczenie w Gabinetach.

WARUNKI UDZIELENIA GWARANCJI

§3

Gwarancja na leczenie udzielona jest pod warunkiem dopełnienia przez Uprawnionego z Gwarancji następujących zasad:

- a) Wykonania całości bądź zasadniczej części Leczenia w Gabinetach;
- b) Wykonania pełnej higienizacji jamy ustnej w Gabinetach, nie rzadziej niż co roku;
- c) Odbywania wizyt kontrolnych u lekarza specjalisty w Gabinetach nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
- d) Utrzymywania odpowiedniej higieny jamy ustnej.

CZAS TRWANIA GWARANCJI

§4

1. Czas trwania gwarancji uzależniony jest od świadczonych usług:
 - a. Wszystkie implanty objęte są dożywotnią gwarancją;
 - b. Prace protetyczne objęte są 2 letnią gwarancją;
 - c. Wypełnienia objęte są roczną gwarancją.
2. W przypadku wykonania ponownego Leczenia bądź innej usługi medycznej w ramach gwarancji, takie Leczenie bądź usługa objęte są gwarancją, która biegnie od dnia zakończenia ponownego leczenia lub wykonania usługi medycznej. Pozostałe zapisy Regulaminu stosuje się odpowiednio.

USŁUGI ŚWIADCZONE W RAMACH GWARANCJI I ZASADY ICH REALIZACJI

§5

1. W ramach Gwarancji każdy Uprawniony z gwarancji uzyskuje prawo do nieodpłatnego powtórzenia bądź uzupełnienia Leczenia, a także uzyskania innych usług medycznych w celu eliminacji wad bądź usterek w Leczeniu, nie wykraczających jednak poza zakres pierwotnego Leczenia;

2. Świadczenie objęte Gwarancją jest wykonywane po zgłoszeniu wady bądź usterki Leczenia przez Uprawnionego z gwarancji osobiście lub telefonicznie w recepcji Gabinetów oraz zatwierdzeniu konieczności wykonania tego świadczenia przez lekarza specjalistę podczas nieodpłatnej wizyty w Gabinetach. Każdorazowe zgłoszenie gwarancyjne i jego ewaluacja przez lekarza specjalistę są odnotowywane w dokumentacji medycznej Uprawnionego z gwarancji.
3. Świadczenie objęte gwarancją wykonywane jest w terminie uzgodnionym z Uprawnionym z gwarancji, z uwzględnieniem planu pracy Gabinetów.
4. Uprawniony z gwarancji zobowiązany jest zgłosić wadę lub usterkę Leczenia niezwłocznie po jej zauważeniu, nie później niż w ciągu 7 dni od tego faktu. W przypadku zgłoszenia wady lub usterki ze znacznym przekroczeniem wskazanego wyżej terminu, Gwarant uprawniony jest do odmowy wykonania świadczenia w ramach gwarancji oraz żądania części lub całości odpłatności za powtórzenie lub uzupełnienie Leczenia bądź wykonanie innych niezbędnych usług medycznych.
5. W przypadku gdy zgłaszaną w ramach gwarancji wadą jest konieczność wykonania leczenia kanałowego, zaś wykonane Leczenie obejmowało jedynie wypełnienie, a zgłoszenie następuje w ciągu miesiąca od zakończenia Leczenia, Uprawniony z gwarancji pokrywa jedynie koszty wykonania leczenia kanałowego.
6. Wszelkie ustalenia, wykonane usługi medyczne oraz odmowa wykonania nieodpłatnej usługi odnotowywane są w dokumentacji Uprawnionego z gwarancji prowadzonej przez Gabinet.

WYŁĄCZENIE GWARANCJI

§6

1. Świadczenia nie przysługują, o ile:
 - a. W zakresie objętym uprzednio Leczeniem w Gabinetach, pacjent poddał się innemu leczeniu bądź zlecił usługę medyczną wykonaną przez podmiot trzeci, choćby był on lekarzem specjalistą;
 - b. Pacjent samodzielnie bądź z pomocą osób trzecich ingerował w obszar jamy ustnej objęty Leczeniem, poza normalny zakres, taki jak: czynności związane z higieną jamy ustnej, gryzienie itp.;
 - c. Nie dotrzymano warunków gwarancji wskazanych w §3 oraz §5 ust. 4;
 - d. Leczenie nie zostało w całości opłacone;
2. W zakresie Usług Protetycznych gwarancja nie obejmuje ponadto:
 - a. Prac tymczasowych, prowizorów (koron tymczasowych, protez natychmiastowych);
 - b. Prac wykonywanych na wyraźne polecenie pacjenta, w przypadku, gdy lekarz doradza korzystniejsze ze względu na dobro pacjenta rozwiązanie;
 - c. Uszkodzeń powstałych na skutek uzupełnienia tylko części braków zębowych;
 - d. Uszkodzeń powstałych w wyniku urazów mechanicznych lub naturalnego zaniku kości.

PRZEPISY GWARANCJI

§7

1. Niniejszy Regulamin obowiązuje od dnia 1 listopada 2020r. do odwołania;
2. W przypadku zmiany Regulaminu, Uprawnieni z gwarancji udzielonej o poprzednie brzmienie regulaminu zachowują swoje prawa, o ile były one udzielone w szerszym zakresie niż to co zostało określone w zmienionej wersji Regulaminu;
3. Wszelkie zastrzeżenie odnośnie Regulaminu bądź innych spraw związanych z gwarancją należy zgłaszać do właścicieli: email kontakt@estetica-cs.pl, tel. 606 718 122.

INSTRUKCJA PRZECHOWYWANIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

[dalej: „Instrukcja”]

Terminologia

§1

Wszystkim terminom, rozpoczynającym się w niniejszej Instrukcji wielką literą, należy przydać znaczenie zgodnie z definicjami zawartymi w Regulaminie Organizacyjnym podmiotu leczniczego pod firmą Centrum stomatologii „Estetica” s.c., chyba, że zastrzeżono inaczej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA

§2

1. Lekarz prowadzący odpowiedzialny jest za udostępnianie (w swojej obecności) do wglądu dokumentacji medycznej na prośbę pacjenta.
2. Personel administracyjny odpowiedzialny jest za udostępnianie dokumentacji, przygotowywanie kopii dokumentów i jej wydawanie oraz wysyłanie dokumentacji uprawnionym organom i podmiotom.

ZASADY UDOSTĘPNIANIA

§3

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. Pacjentowi, którego ta dokumentacja dotyczy, za okazaniem ważnego dowodu tożsamości (dowód osobisty, paszport);
2. Przedstawicielowi ustawowemu pacjenta za okazaniem odpowiedniego dokumentu:
 - a. Rodzicom, do chwili ukończenia przez dziecko 18 lat, za okazaniem ważnego dowodu tożsamości i odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
 - b. Opiekunowi ustanowionemu na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, za okazaniem ważnego dokumentu tożsamości i kopii orzeczenia sądu
3. Osobie upoważnionej przez pacjenta w pisemnym upoważnieniu z podpisem upoważniającego; po śmierci pacjenta – osobie upoważnionej przez pacjenta do wglądu w jego dokumentację medyczną na wypadek śmierci; oświadczenie o upoważnieniu zawarte jest w dokumencie „KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA”, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego
4. Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia świadczeń zdrowotnych;
5. Organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
6. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
7. Organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
8. Zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta.

FORMY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§4

Dokumentacja jest udostępniana w następujący sposób:

1. Do wglądu w siedzibie przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego, w obecności Lekarza Prowadzącego lub innego lekarza wskazanego przez Podmiot Leczniczy. Dotyczy to zarówno dokumentacji w formie papierowej jak i w formie elektronicznej;
2. Poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii z dokumentacji papierowej oraz wydruku z dokumentacji elektronicznej lub kopii wyników badań na nośnikach elektronicznych;
3. Poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W przypadku wydania oryginału, kserokopię oryginału pozostawia się w dokumentacji podmiotu Leczniczego.

OGÓLNE ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§5

1. W celu uzyskania wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta zgodnie z pkt. 3 ppkt.3, składa pisemny „WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ”, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego;
2. W przypadku gdy dokumentacja odebrana ma zostać przez osobę upoważnioną przez pacjenta, pacjent zobowiązany jest do złożenia „UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ”, którego wzór stanowi załącznik nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego;
3. Wnioski można składać osobiście w siedzibie Podmiotu Leczniczego od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8:00 – 20:00 lub za pośrednictwem operatora pocztowego;
4. Udostępnienie dokumentacji medycznej nastąpi w terminie do 7 (siedmiu) dni roboczych, licząc od daty złożenia wniosku;
5. Wydanie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej musi być potwierdzone podpisem wydającego i odbierającego oraz datą wydania na złożonym wniosku, a wniosek dołączony do dokumentacji medycznej pacjenta;
6. W przypadku wydania oryginału dokumentacji, pacjent zobowiązany jest do wskazania na piśmie daty zwrotu oryginału dokumentacji medycznej. Pracownik Podmiotu leczniczego ma obowiązek odnotować w ewidencji fakt wydania oryginału dokumentacji.

ZASADY ODPLATNOŚCI

§6

1. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentom lub osobom przez nich pisemnie upoważnionym do wglądu do dokumentacji medycznej za życia pacjenta lub / i po jego śmierci, zgodnie z warunkami określonymi w Ustawie z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
3. Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej opłata nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2;
4. Za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, opłata nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§6

1. Dokumentację medyczną przechowuje się przez okres 20 (dwudziestu) lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - a. Dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez 30 (trzydzieści) lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
 - b. Dokumentacji medycznej, dotyczącej dzieci do ukończenia 2 (drugiego) roku życia, która jest przechowywana przez 22 (dwadzieścia dwa) lata;
 - c. Zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 (dziesięć) lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - d. Skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez 5 (pięć) lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.
2. Po upływie okresu przechowywania, dokumentacja medyczna jest niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona może zwrócić się z prośbą do Kierownika o wydanie oryginału historii choroby po upływie okresu przechowywania dokumentacji medycznej, lecz nie później niż do końca I kwartału roku następnego po tym okresie.

PODSTAWA PRAWNA

§7

1. Ustawa z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013r. poz. 217), dalej: „Ustawa o działalności leczniczej”;
2. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2012r. poz. 159), dalej: „Ustawa o prawach pacjenta”;
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010r., nr 252, poz. 1697 z późn. zm.), dalej: Rozporządzenie w sprawie dokumentacji”.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

DOKUMENTACJA MEDYCZNA DOTYCZY:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Do jakich celów udostępniana jest dokumentacja medyczna?

Rodzaj dokumentacji medycznej (podkreślić właściwe):

- kopia historii leczenia
- wyciąg z historii leczenia
- odpis z historii leczenia
- zdjęcia RTG na nośniku CD
- inne _____

Wnioskuje o (podkreślić właściwe):

- wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt.4
- wgląd do dokumentacji medycznej

I zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii/wyciągu/odpisu** dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. z 2009r. nr 52, poz. 417).

W przypadku nieodebrania zleconej do wydania dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii/wyciągu/odpisu **.

Dokumentację wymienioną w pkt. 4 (zakreślić właściwe):

- odbiorę osobiście;
- proszę przesać na adres określony w pkt. 1;
- proszę przekazać upoważnionej przeze mnie osobie, zgodnie z załączonym upoważnieniem
- inne _____

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam zgodność przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z WNIOSKIEM ilość stron _____

(podpis pracownika)

Po sprawdzeniu:

- tożsamości odbierającego kopię/wyciąg/odpis dokumentacji ** medycznej
- dowodu uiszczenia opłaty za wykonaną usługę

Potwierdzam wydanie kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej:

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej do gabinetu do dnia *

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej zgodnie z WNIOSKIEM

(podpis odbierającego)

* Wypełnić w przypadku odbioru oryginału dokumentacji medycznej

** Niepotrzebne skreślić

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość; data

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr _____ upoważniam do odbioru
mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią _____
legitymującego/ącą się dowodem osobistym nr _____.

Czytelny podpis pacjenta

Podpis osoby przyjmującej upoważnienie

Regulamin Opłaty Rezerwacyjnej

§1. Opłata rezerwacyjna

1. Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. informuje o konieczności dokonania opłaty rezerwacyjnej za rezerwację wizyty z obowiązkiem wpłacenia na konto firmowe 100 zł za każdą rozpoczętą godzinę wizyty. Przedpłata może zostać uiszczona w gabinecie lub przelewem na konto bankowe. W przypadku wyboru płatności przelewem bankowym, brak zaksięgowania wpłaty w ciągu 3 dni roboczych od momentu dokonania rezerwacji będzie skutkowało odwołaniem rezerwacji wizyty.
2. W przypadku rezerwacji telefonicznej, pacjent zostanie poinformowany o konieczności dokonania opłaty rezerwacyjnej w wiadomości sms i/lub mailem.
3. Prosimy o dokonanie opłaty rezerwacyjnej na dane: Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. NIP: 6292378718 Majakowskiego 12, 41-300 Dąbrowa Górnicza, Bank Pekao nr konta: 45 1240 4908 1111 0010 9665 8375.
4. W tytule prosimy wpisać: IMIĘ I NAZWISKO pacjenta/pacjentki oraz datę wizyty.
5. Czas dokonania przedpłaty to 3 dni robocze od momentu dokonania rezerwacji wizyty, w innym wypadku termin wizyty zostanie automatycznie anulowany. Przedpłatę uważa się za dokonaną po jej zaksięgowaniu na rachunku bankowym Usługodawcy.
6. Pracownik Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. zobowiązany jest wystawić paragon na kwotę przedpłaty, paragon ten zostaje przechowywany w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. do wizyty zarezerwowanej przez pacjenta/pacjentkę. Następnie jest przekazywany pacjentowi/pacjentce po wykonanej usłudze.
7. Dokonana przedpłata stanowi potwierdzenie rezerwacji danego terminu przez Pacjenta.
8. Kwota dokonanej przedpłaty, odliczana będzie od kwoty ostatecznego rachunku w dniu realizacji usługi. Pacjent dopłaca różnicę po wykonaniu usługi w formie gotówki/karty płatniczej, wówczas otrzymuje 2 paragony: na kwotę przedpłaty dokonanej na konto bankowe oraz paragon na kwotę zapłaconą za usługę.
9. Przedpłata jest bezzwrotna w całości w przypadku braku przełożenia przez Pacjenta wizyty z wymaganym wyprzedzeniem 24 godzin (liczonym w czasie dni roboczych) lub braku stawienia się Pacjenta na umówionej wizycie. Brak zwrotu przedpłaty uzasadnia konieczność poniesienia przez podmiot leczniczy kosztów należytego przygotowania miejsca wizyty Pacjenta oraz kosztów związanych z pozostawianiem personelu medycznego w gotowości do wykonywania świadczeń medycznych.
10. Jeżeli Pacjent przełoży lub odwoła wizytę z minimum 24 – godzinnym wyprzedzeniem, wpłacony zaatek zostaje zaliczony na poczet kolejnej wizyty.

§2 Odwołanie lub zmiana terminu wizyty

1. Odwołanie wizyty w zarezerwowanym terminie możliwe jest najpóźniej 24 h przed upływem tego terminu.
2. Odwołanie zarezerwowanego terminu wizyty jest możliwe poprzez osobistą wizytę w placówce, kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem poczty elektronicznej (kontakt@estetica-cs.pl)
3. Brak stawiennictwa na umówionej wizycie lub brak odwołania we wskazanym terminie 24 godzin w dni robocze, skutkuje przepadkiem przedpłaty niezależnie od przyczyny.
4. Spóźnienie się Pacjenta na zarezerwowany termin wizyty w przypadku jej odbycia skutkuje jej skróceniem o czas spóźnienia, przy czym opłata pozostaje bez zmian. W razie spóźnienia przekraczającego połowę planowanego czasu trwania wizyty Usługodawca uprawniony jest do odwołania rezerwacji terminu wizyty, co skutkuje przepadkiem przedpłaty, tj. nie podlega ona zwrotowi niezależnie od przyczyny spóźnienia.

5. Usługodawca zastrzega sobie prawo do odwołania zarezerwowanego terminu wizyty najpóźniej na godzinę przed terminem. W razie odwołania Usługodawca proponuje pacjentowi nowy termin wizyty. W przypadku braku akceptacji nowego terminu wizyty lub nie proponowania go Usługodawca zwróci Pacjentowi całość uiszczonej przedpłaty.
6. Zwrotu zaliczki Usługodawca dokona w terminie 7 dni od dnia odwołania zarezerwowanego terminu wizyty zgodnie z Regulaminem.
7. Odwołanie wizyty w zarezerwowanym terminie z przesunięciem przedpłaty możliwe jest najpóźniej 24 h przed tym terminem. Przesunięcie przedpłaty na nowy termin możliwe jest tylko jednokrotnie. W wypadku ponownego odwołania wizyty w zarezerwowanym terminie na 24 h przed tym terminem lub później skutkuje przepadkiem przedpłaty

§3 Postanowienia końcowe

1. Brak akceptacji Regulaminu wiąże się z rezygnacją z możliwości rezerwacji terminu wizyty i skorzystania z usług Usługodawcy.
2. Każdy Pacjent ma możliwość zapoznania się z Regulaminem na stronie internetowej oraz w gabinecie Usługodawcy.
3. Usługodawca zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian Regulaminu.