



OŚWIADCZENIE PACJENTA

..... PESEL.....
(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a), że NFZ nie finansuje świadczeń krioterapii ogólnoustrojowej w ilości powyżej 20 zabiegów w ciągu roku kalendarzowego (na osobę), jak również świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK udzielonych pacjentom, którzy w tym samym dniu:

- korzystali u innego świadczeniodawcy ze świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w tym m.in. porad lekarskich, zabiegów fizjoterapeutycznych lub pobytu w ośrodku rehabilitacji dziennej;
- korzystali ze świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum;
- byli w trakcie hospitalizacji*.

W przypadku odmowy sfinansowania przez NFZ świadczeń udzielonych mi w Centrum Medycznym i Rehabilitacji KRIOSONIK z uwagi na wskazane wyżej okoliczności, zobowiązuję się pokryć w pełni koszt ich realizacji, zgodnie z obowiązującym w placówce cennikiem usług, na podstawie imiennej faktury, w terminie 14 dni od daty jej otrzymania.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

* - na zasadach określonych w aktualnie obowiązujących Centralnych Warunkach Walidacji