



## OŚWIADCZENIE PACJENTA

..... PESEL.....  
(imię i nazwisko)

Oświadczam, iż zostałem(-am) poinformowany(-a), że NFZ nie finansuje świadczeń rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym (z wyłączeniem rehabilitacji przedłużonych decyzją lekarza, za pisemną zgodą Dyrektora MOW NFZ), 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 (z wyłączeniem krioterapii ogólnoustrojowej) 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 i Centralnych Regułach Weryfikacji