

**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 pisemna 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 wydawanych przez NFZ

OŚWIADCZENIE PACJENTA

 i Centralnych Regułach Weryfikacji wydawanych przez NFZ

OŚWIADCZENIE PACJENTA

.............................................................................................. PESEL.............................................

 (imię i nazwisko)

 i Centralnych Regułach Weryfikacji wydawanych przez NFZ