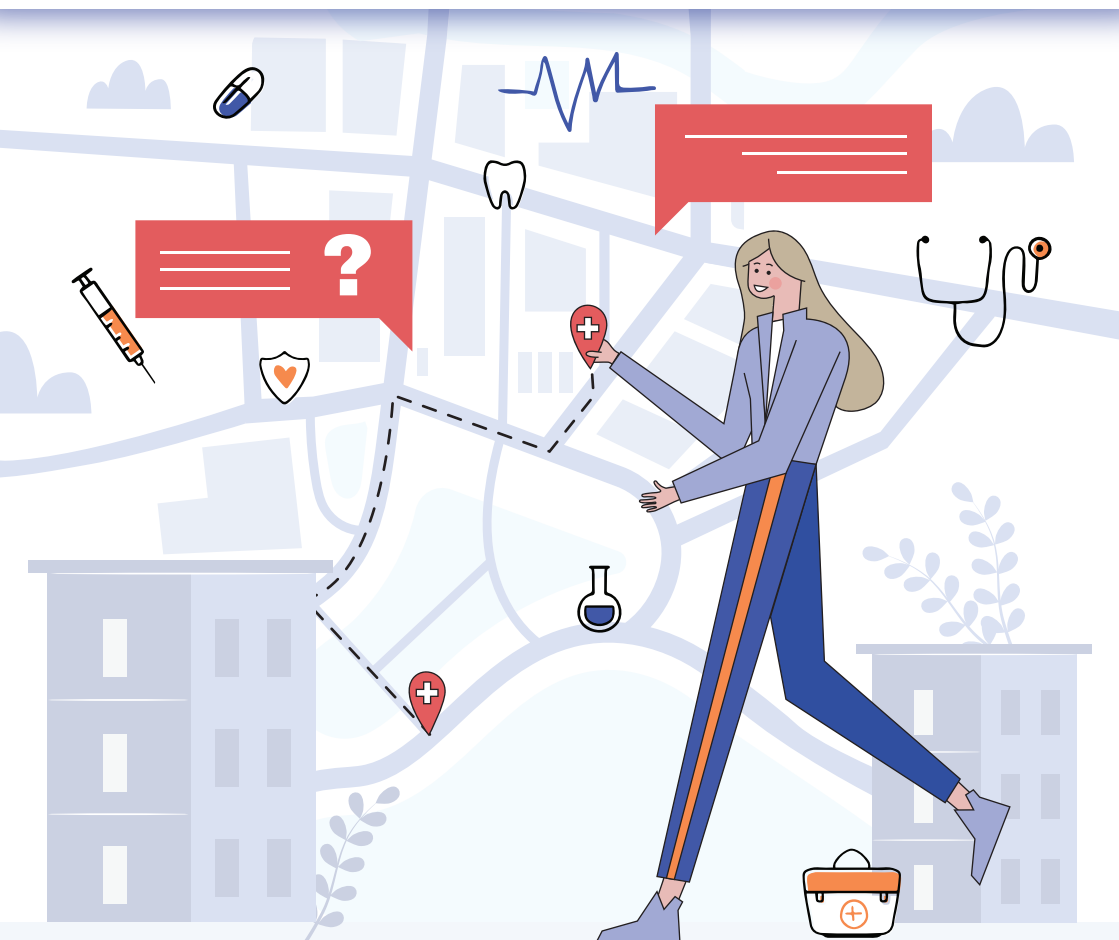


NAWIGATOR PACJENTA

PRAKTYCZNY PORADNIK
JAK PORUSZAĆ SIĘ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA



NAWIGATOR PACJENTA

PRAKTYCZNY PORADNIK
JAK PORUSZAĆ SIĘ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA



Warszawa 2023

Stan prawny na 6 października 2023 roku

Autorzy:

Lek. Krzysztof Bejnar
Lek. Katarzyna Błońska-Frączek
Lek. Magdalena Kędziora
Lek. Janusz Krzysztoń
Lek. Justyna Ledwoch
Joanna Niewiadomska
Lek. Natalija Nikitina
Lek. Agnieszka Nizińska
Lek. Łukasz Reczek
Lek. Katarzyna Reczek
Lek. Dymitr Rychter
Lek. Aleksandra Stawińska-Bednarek
Lek. Joanna Szeląg
Lek. Aleksandra Śremska
Lek. Karolina Świder
Lek. Mariusz Torżewik
Lek. Tomasz Zieliński

Redaktorzy:

Agnieszka Mastalerz-Migas

*Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu*

Anna Stalmach-Młynarska

Zastępca Dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

Jakub Adamski

Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

ISBN: 978-83-957052-2-9

Druk: COMPUS Starachowice, ul Kopalniana 27, tel. +48 41 274 02 36
www.compus.net.pl, e-mail: biuro@compus.net.pl

Spis treści

System ochrony zdrowia w Polsce	7
Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)	9
Teleporady	14
Opieka koordynowana.....	17
Pomoc poza POZ.....	19
Szpitalny Oddział Ratunkowy	20
Pomoc Zespołu Ratownictwa Medycznego	20
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (poradnie specjalistyczne)	22
Leczenie szpitalne.....	25
Leczenie psychiatryczne w szpitalu	27
Dziecko u lekarza	31
Zanim w rodzinie pojawi się dziecko – opieka nad ciężarną	33
Kiedy w rodzinie pojawia się noworodek – porady na pierwsze dni.....	35
Badania profilaktyczne	36
Niepokojące objawy mogące świadczyć o chorobie nowotworowej	39
Dobre praktyki pacjenta – co zrobić, by szybciej wrócić do zdrowia	41
Opieka hospicyjna	41
Transport sanitarny	44
Zasady refundacji leków	47
Refundacja wyrobów medycznych	49
Zwolnienia lekarskie i prawo do opieki nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny.....	51
Zaświadczenia lekarskie.....	54
Pacjent obcojęzyczny	55
Śmierć osoby bliskiej	56
Prawa pacjenta.....	57

Szanowni Państwo,

w ostatnim czasie ochrona zdrowia przeszła wiele pozytywnych zmian, jednak wciąż pozostaje wiele do zrobienia. To ważne, by mieli Państwo świadomość swoich praw i możliwości, wiedzieli, jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia, by proces leczenia i uzyskiwania pomocy przebiegał jak najsprawniej. Chcemy, by „Nawigator” stał się pomocnym narzędziem w szybszym uzyskaniu informacji i przewodnikiem po ochronie zdrowia. By pomógł w prosty sposób rozwiewać wątpliwości i odpowiadać na potrzeby pacjenta. To publikacja pomocna również dla pracowników ochrony zdrowia jako materiał uzupełniający wiedzę, jak i wiarygodne źródło aktualnych informacji. Serdecznie zapraszam do lektury!

A handwritten signature in blue ink that reads "Bartłomiej Chmielewicz". The signature is written in a cursive, flowing style.

Rzecznik Praw Pacjenta

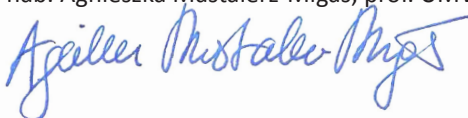
Szanowni Pacjenci,

przekazujemy do Państwa rękopis opracowanie zawierające najważniejsze informacje o tym, jak korzystać z systemu ochrony zdrowia.

Dzisiejszy system ochrony zdrowia oferuje Państwu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego możliwość korzystania z bezpłatnej opieki medycznej oraz refundowanych leków i wyrobów medycznych. Aby system był wydolny i dostępny dla potrzebujących, wszyscy powinniśmy racjonalnie z niego korzystać.

„Nawigator” został opracowany przez grono lekarzy rodzinnych, aktywnie pracujących w POZ, przy współpracy z przedstawicielami Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Mam nadzieję, że pomoże Państwu zrozumieć zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, a także będzie pomocą w sytuacjach, gdy będą Państwo potrzebowali skorzystać ze świadczeń.

Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW



Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

System ochrony zdrowia w Polsce

Jak działa i jak jest finansowany system ochrony zdrowia w Polsce?

System ochrony zdrowia to osoby i instytucje, które starają się zapewnić jak najlepsze zdrowie w kraju, poprzez jego promocję, zapobieganie chorobom, ich leczenie oraz opiekę nad chorymi.

Wśród nich są:

- podmioty lecznicze, zajmujące się bezpośrednio leczeniem pacjentów (np. przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze)
- pracujące w tych podmiotach osoby wykonujące zawody medyczne (m.in. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni)
- różne instytucje administracji publicznej i inne podmioty prywatne (np. apteki).

Za organizację i sprawne funkcjonowanie tego systemu odpowiada Minister Zdrowia, wspierany przez wyspecjalizowane urzędy odpowiadające za m.in. płacenie za udzielone świadczenia (Narodowy Fundusz Zdrowia), dopuszczanie produktów na rynek (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych), kontrolę prowadzonej działalności (m.in. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna i Państwowa Inspekcja Sanitarna). Jednocześnie Rzecznik Praw Pacjenta czuwa, by wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia dbali o przestrzeganie praw pacjenta.

Świadczenia (np. leki, badania diagnostyczne, zabiegi) są finansowane (w całości lub w części) ze środków publicznych lub bezpośrednio przez pacjenta. Środki publiczne pochodzą głównie ze składek zdrowotnych odprowadzanych przez przedsiębiorców, a także z m.in. wynagrodzeń pracowników. Przekazywane są one do Narodowego Funduszu Zdrowia, które finansuje za nie świadczenia w podmiotach leczniczych. Podstawowym zadaniem organów administracji jest zapewnienie dostępu do finansowanych przez nie świadczeń na równych zasadach.

To, jakie świadczenia przysługują Ci bezpłatnie lub za niższą odpłatnością, wynika z decyzji i przepisów wydawanych przez Ministra Zdrowia.

Kto ma dostęp do świadczeń zdrowotnych – opieki medycznej finansowanej przez państwo („na NFZ”)?

Dostęp do opieki medycznej finansowanej przez państwo mają przede wszystkim osoby ubezpieczone. Ubezpieczonym jest każdy, kto:

- podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (m.in. pracownik, przedsiębiorca, emeryt, rencista, bezrobotny zarejestrowany w Urzędzie Pracy);
- jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej i został zgłoszony do ubezpieczenia (np. małżonek, dziecko – do ukończenia 18 lat, a jeśli nadal się uczy to do ukończenia 26 lat, jak też mieszkający we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym rodzice i dziadkowie).

Osoba, która nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, może złożyć wniosek do NFZ o zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

Prawo do świadczeń finansowanych z budżetu państwa posiadają także (bez względu na posiadane ubezpieczenie) m.in.:

- osoby, które posiadają obywatelstwo polskie i nie ukończyły 18. roku życia;
- kobiety, które posiadają obywatelstwo polskie, mieszkają w Polsce i są w okresie ciąży, porodu lub połogu (do 42. dnia po porodzie);
- osoby z zaburzeniami psychicznymi – w zakresie dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- osoby uzależnione od narkotyków i alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego;
- posiadacze Karty Polaka – w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych (chyba że Polska zawarła umowę międzynarodową, która przewiduje bardziej korzystne warunki);
- osoby w trudnej sytuacji socjalnej, które otrzymały decyzję uprawniającą do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej wydaną przez wójta/burmistrza/prezydenta miasta.

Przez jaki czas przysługuje Ci prawo do bezpłatnej opieki medycznej?

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, czyli bezpłatnej opieki medycznej, przysługuje od momentu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego – odpowiada za to płatnik składki (np. pracodawca, zleceniodawca, urząd pracy; przedsiębiorca zgłasza się samodzielnie), a w przypadku dziecka – rodzic.

Prawo to wygasa co do zasady po 30 dniach od utraty tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku uczniów i studentów ten okres jest dłuższy. Wynosi 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów w przypadku szkoły ponadpodstawowej oraz 4 miesiące od ukończenia albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów w przypadku studiów lub szkoły doktorskiej.

Gdzie możesz zgłosić się po pomoc medyczną?

Świadczenia zdrowotne udzielane są m.in.:

- w przychodniach: podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NŚOZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS);
- w szpitalach: szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć oraz na oddziałach szpitalnych;
- możesz skorzystać również z telekonsultacji na Teleplatformie Pierwszego Kontakt (TPK);
- pomocy w zagrożeniu życia udzielają zespoły ratownictwa medycznego (ZRM, dawniej: pogotowie ratunkowe).

Miejscem, do którego powinieneś się zgłaszać z większością problemów zdrowotnych, jest przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w której złożyłeś deklarację wyboru. POZ pracuje w dni powszednie w godz. 8.00-18.00. Przed wizytą powinieneś się zarejestrować.

Gdzie możesz zgłosić się po pomoc poza godzinami pracy POZ?

W godzinach od 18.00 do 8.00 oraz w soboty, niedziele i święta możesz uzyskać pomoc:

- kontaktując się z Teleplatformą Pierwszego Kontakt (TPK) – uzyskasz tu teleporadę dzwoniąc na numer telefonu 800 137 200 albo wypełniając formularz internetowy (www.gov.pl/web/zdrowie/tpk);
- w przychodni, która udziela pomocy w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NŚOZ) – masz możliwość uzyskania tu zarówno teleporady, jak i wizyty osobistej lub domowej.

Co zrobić, gdy pomoc potrzebna jest natychmiast?

Całodobowo działają Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR). Pamiętaj, że w SOR ratuje się ludzkie życie. Trafiają tam osoby z zawałami, udarami, ciężkimi urazami i z innymi poważnymi problemami zdrowotnymi. Nie powinienes zgłaszać się tam, gdy Twój problem nie stanowi poważnego zagrożenia zdrowia lub życia, czyli np. masz infekcję lub chcesz wykonać badania diagnostyczne. W razie wątpliwości możesz zadzwonić do TPK zanim się udasz na SOR.

Gdy życie Twoje lub osób z Tobą przebywających jest zagrożone, należy wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) dzwoniąc na numer 999 lub 112.

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

Czym jest przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej?

Przychodnia POZ jest placówką medyczną, w której otrzymasz kompleksową opiekę lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, do których złożyłeś deklarację wyboru.

Pomoc medyczna (świadczenie zdrowotne) udzielana jest w przychodni. Jeśli jednak stan zdrowia pacjenta nie pozwala na odbycie wizyty w przychodni, wtedy personel medyczny (lekarz, pielęgniarka lub położna) mogą zrealizować wizytę w domu pacjenta (tzw. wizyta domowa). O tym, czy wizyta domowa jest wskazana, decyduje lekarz, pielęgniarka lub położna na podstawie wskazań medycznych. Istnieje również możliwość skorzystania z teleporady.

Jak możesz zapisać się do wybranej przez Ciebie przychodni POZ?

Czym jest deklaracja wyboru?

Jeśli chcesz zapisać się do POZ, musisz złożyć deklarację wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Każdą z tych deklaracji możesz złożyć oddzielnie – wybierasz zatem imiennie lekarza oraz pielęgniarkę. Kobiety oraz opiekun w imieniu

niemowlęcia do ukończenia 2. miesiąca życia (bez względu na płeć dziecka) mogą wybrać także imiennie położną, która będzie się nimi opiekować.

Deklaracja wyboru to Twoje prawo do decyzji o tym, gdzie i przez kogo chcesz być leczony w POZ.

Jak i gdzie możesz złożyć deklarację wyboru?

Deklarację możesz złożyć:

- pisemnie bezpośrednio w placówce;
- drogą elektroniczną za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (np. mailem), podpisując ją kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym (elektroniczny podpis, którego certyfikat jest zawarty w warstwie elektronicznej dowodu osobistego);
- jeśli korzystasz z Internetowego Konta Pacjenta, deklarację możesz złożyć również tą drogą.

Wybierając placówkę POZ, weź pod uwagę jej odległość od twojego miejsca zamieszkania, aby korzystanie z usług medycznych było dla Ciebie komfortowe i dostępne.



Jak długo ważna jest deklaracja wyboru? Czy możesz zmienić wybraną placówkę lub personel medyczny?

Deklaracja wyboru jest ważna bezterminowo, nie musisz jej odnawiać.

Jeśli chcesz zmienić przychodnię POZ lub lekarza, pielęgniarkę czy położną, po prostu składasz deklarację wyboru w nowej, wybranej przez Ciebie przychodni lub wskazujesz w deklaracji nazwisko nowego, wybranego przez Ciebie lekarza, pielęgniarki lub położnej. Złożenie nowej deklaracji automatycznie wygasza ważność poprzedniej. Jeśli zamierzasz zmienić deklarację wyboru, pamiętaj, że w ciągu roku możesz dokonać bezpłatnie dwóch takich zmian. Każda kolejna zmiana wiąże się z opłatą w wysokości

80 zł (opłatę wnosisz na konto Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia). Nie poniesiesz tej opłaty w razie zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ u wybranego świadczeniodawcy.

Czy poradnia POZ może odmówić przyjęcia Twojej deklaracji wyboru?

Poradnia POZ nie może odmówić Ci możliwości złożenia deklaracji wyboru, z wyjątkiem sytuacji, gdy w placówce został przekroczony limit liczby pacjentów, którzy mogą pozostawać pod opieką lekarza/pielęgniarki/położnej. W takiej sytuacji powinieneś wybrać inną placówkę.

Pamiętaj, że personel medyczny chce zapewnić Ci stały dostęp do pomocy medycznej na wysokim poziomie. Jeśli np. lekarz będzie miał pod swoją opieką zbyt wielu pacjentów, mogą pojawić się trudności z umówieniem wizyty. Deklarację możesz złożyć wyłącznie do lekarza POZ/pielęgniarki POZ/położnej POZ. Nie każdy, kto pracuje w POZ, spełnia to kryterium.

Kto udziela świadczeń zdrowotnych w przychodni POZ?

W POZ pracują obecnie lekarze różnych specjalności, pielęgniarki oraz położne.

Lekarz w POZ

Używamy zamiennie określeń „lekarz POZ”, „lekarz pierwszego kontaktu”, „lekarz rodzinny” czy „lekarz ogólny”, uznając, że nie ma to znaczenia. Są to jednak różne pojęcia i nie oznaczają tego samego.

Często w POZ opiekować się będzie Tobą lekarz, który jest specjalistą medycyny rodzinnej. Podczas 4-letniej specjalizacji z medycyny rodzinnej lekarze są przygotowywani do kompleksowej opieki nad całą rodziną, zarówno nad dziećmi, jak i dorosłymi (w tym osobami starszymi). Wiedzą, jak zająć się profilaktyką, a także diagnostyką i leczeniem najczęstszych chorób – zarówno ostrych, jak i przewlekłych.

W POZ pracują również interniści (specjaliści chorób wewnętrznych, zajmujący się dorosłymi) oraz pediatrzy (specjaliści chorób dzieci). Są też lekarze medycyny ogólnej, którzy również pomogą Ci, kiedy zachorujesz.

Lekarze rodzinni (zarówno specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji), pediatrzy, interniści i lekarze medycyny ogólnej to „lekarze POZ”, do których możesz złożyć deklarację wyboru.

W przychodniach POZ pracują również lekarze, którzy nie mają uprawnień lekarza POZ – nie mogą zbierać deklaracji i np. wypisywać zleceń na zaopatrzenie medyczne.

Pielęgniarki POZ

Pielęgniarki POZ świadczą kompleksową opiekę nad pacjentem (również w jego domu).

Do zadań pielęgniarki POZ należy m.in. wykonywanie szczepień, opieka nad pacjentami z ranami przewlekłymi, edukacja pacjentów, podawanie leków zleconych przez

lekarza POZ, usuwanie szwów, wykonywanie EKG czy innych badań/zabiegów w gabinecie zabiegowym.

Pielęgniarka POZ udziela również świadczeń profilaktycznych dzieciom w wieku od 3 miesięcy do 6 lat (np. wizyty patronażowe, testy przesiewowe w trakcie bilansów dzieci).

Pielęgniarki mogą wystawiać zlecenia na niektóre wyroby medyczne. Realizują także programy profilaktyczne, m.in. profilaktyki gruźlicy i chorób układu krążenia.

Niektóre pielęgniarki mają też uprawnienia do wystawiania recept.

Położne POZ

Położne świadczą kompleksową opiekę kobietom w każdym wieku oraz noworodkom i niemowlętom do ukończenia 2. miesiąca życia.

Zapewniają edukację przedporodową i opiekę okołoporodową, w tym patronaż noworodka, a także opiekę po operacjach ginekologicznych. Położne mogą również monitorować fizjologiczną, prawidłowo przebiegającą ciążę.

Koordynatorzy w POZ

Koordynator to nowa funkcja w POZ. Do głównych zadań koordynatora należy wspieranie pacjentów podczas leczenia najczęstszych chorób przewlekłych, a także przekazywanie informacji o badaniach profilaktycznych. Koordynator jest wsparciem dla lekarza i przede wszystkim dla pacjenta – ma między innymi przypominać mu o planowanych wizytach lub badaniach.

W jakich godzinach możesz zgłosić się po pomoc do przychodni POZ?

Poradnie POZ są czynne od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00-18.00. Filia poradni może być czynna w krótszych godzinach – w tej sytuacji możesz się jednak zgłosić do innej przychodni prowadzonej przez ten sam podmiot.

Z jakimi sprawami możesz zgłosić się do poradni POZ?

Do przychodni POZ możesz zgłosić się, gdy jesteś chory, a także gdy chcesz skorzystać z badań profilaktycznych czy szczepień ochronnych.

W ramach profilaktyki w POZ zrealizujesz:

- pierwsze badanie noworodka po wyjściu ze szpitala – czyli wizyty patronażowe położnej i lekarza;
- obowiązkowe i zalecane szczepienia u dzieci i dorosłych;
- badania profilaktyczne u dzieci i dorosłych: bilanse zdrowia, program profilaktyki chorób układu krążenia (oraz inne programy, jeśli Twoja przychodnia je realizuje).

W przychodni POZ otrzymasz pomoc, kiedy zachorujesz, a więc gdy:

- potrzebujesz diagnozy oraz leczenia w ostrym zachorowaniu (ale nie w stanie zagrożenia życia – wtedy skorzystaj z pogotowia ratunkowego lub SOR);

- masz niepokojące Cię objawy, takie jak: ból głowy, ból brzucha, wymioty czy biegunka, ból kręgosłupa, kłopoty z oddawaniem moczu, objawy infekcji, które są nasilone oraz nie zmniejszają się mimo zastosowanego samoleczenia;
- masz inne dolegliwości, które są dla Ciebie uciążliwe i uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie.

Jeśli te dolegliwości sprawiły, że nie możesz pójść do pracy, będziesz mógł uzyskać zwolnienie lekarskie, jeżeli lekarz uzna, że jesteś niezdolny do pracy.

- Do lekarza POZ możesz zgłosić się także po recepty na kontynuację terapii zaleconej przez innego lekarza, pod warunkiem, że posiadasz od niego dokumentację medyczną lub jest ona dostępna w systemie elektronicznym.

Jak przygotować się do wizyty u lekarza POZ?

Przed poradą u lekarza POZ powinieneś przygotować dokumentację i informacje, których lekarz nie posiada (np. najnowsze konsultacje, wypisy ze szpitala, wyniki badań, informacje o przyjmowaniu nowych leków).

Czy otrzymasz od lekarza POZ skierowanie na leczenie specjalistyczne?

Twój lekarz POZ diagnozuje i prowadzi leczenie wielu częstych chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, choroba zwyrodnieniowa stawów, alergie, choroby dróg oddechowych (np. astma) i innych.

Natomiast jeśli lekarz w POZ nie będzie mógł zdiagnozować Twojej choroby za pomocą dostępnych mu badań lub stwierdzi potrzebę zasięgnięcia opinii innego specjalisty, skieruje Cię do poradni specjalistycznej, czyli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), bądź też do szpitala, jeśli Twój stan będzie tego wymagał.

Wizyta w poradni POZ (wizyta stacjonarna) – zasady:

1. Umów wcześniej termin wizyty.
2. Przyjdź na umówioną wizytę ok. 5 min. przed planowaną godziną, uwzględniając zasady panujące w placówce.
3. Jeśli jesteś przeziębiony, pamiętaj o założeniu maseczki, aby chronić innych, niezależnie od tego, czy akurat wymagają tego przepisy.
4. Przygotuj i weź ze sobą:
 - a. listę aktualnie przyjmowanych leków,
 - b. wyniki badań, które ostatnio wykonałeś/aś,
 - c. wypisy szpitalne oraz karty informacyjne z innych konsultacji, jeśli takie posiadasz.
5. Na wizytę możesz przyjść z kimś z rodziny, opiekunem bądź osobą bliską.
6. Przygotuj i weź ze sobą spis problemów, które chcesz poruszyć na wizycie. Uszereguj je od najważniejszego do najmniej istotnego dla twojego stanu zdrowia.
7. Poczekaj, aż zostaniesz poproszony do gabinetu, nie wchodź bez zaproszenia – może tam właśnie trwać badanie innego pacjenta.

8. Pamiętaj, że Twoje odpowiedzi na zadawane pytania mają duże znaczenie dla prawidłowej diagnozy i leczenia.
9. Na koniec wizyty zadaj dodatkowe pytania lekarzowi, jeśli jakieś zalecenia nie są dla Ciebie zrozumiałe. Przeciętnie czas wizyty wynosi ok. 10-15 min. W tym czasie lekarz postara dowiedzieć się, z jakim problemem do niego przychodzisz, zbada Cię i postawi diagnozę albo zaproponuje dalszą diagnostykę lub leczenie.

Jeśli pacjent nie zna języka polskiego, na wizytę powinien zgłosić się z osobą, która porozumiewa się w tym języku. Pacjent ma prawo do obecności osoby przez niego wskazanej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Taka osoba może pomóc w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, być jego tłumaczem i przekazywać informacje dotyczące stanu zdrowia czy zaleceń lekarskich.

Dokumentacja medyczna sporządzona w innym języku niż polski powinna być przetłumaczona na język polski. Dokumentacja medyczna jest dla lekarza cennym źródłem informacji o stanie zdrowia pacjenta, dlatego ważne jest, aby się z nią zapoznał. Im więcej informacji o pacjencie otrzyma lekarz, tym skuteczniej może pomóc.

Teleporady

Jak skorzystać z teleporady w POZ?

Jeśli chcesz umówić się na teleporadę, zadzwoń do rejestracji przychodni i dowiedz się o zasady ich realizacji, ponieważ mogą się one istotnie różnić między placówkami.

Najczęściej rejestracja na teleporadę odbywa się poprzez kontakt telefoniczny. Jeśli

Twoja przychodnia daje taką możliwość, możesz również skorzystać z rejestracji elektronicznej.



Kiedy warto skorzystać z teleporady?

W niektórych przypadkach skorzystanie z teleporady może okazać się lepszym rozwiązaniem niż wizyta osobista, zwłaszcza gdy potrzebujesz:

- konsultacji w sprawie kontynuacji stosowania leków stałych lub zmiany dawkowania, czy sposobu zażywania leków;
- kontroli w trakcie leczenia – gdy została wcześniej uzgodniona z lekarzem;
- omówienia wyników badań laboratoryjnych lub dokonywanych w domu pomiarów (np. ciśnienia tętniczego czy glukozy);
- konsultacji w zakresie profilaktyki zdrowotnej (np. porada co do sposobu żywienia, omówienie planu postępowania w danej chorobie lub gdy jest się zdrowym);
- skierowania na badania, zabiegi czy zaopatrzenia – zaplanowanych wcześniej z Twoim lekarzem POZ.

Kiedy nie możesz skorzystać z teleporady?

Teleporada nie może odbyć się w następujących sytuacjach:

1. wizyta dziecka do lat 6 – niezależnie od przyczyny (z wyjątkiem wizyty kontrolnej – po ustaleniu takiej formy konsultacji z lekarzem);
2. jeśli Twój stan zdrowia w związku z chorobą przewlekłą uległ zmianie, a zwłaszcza pogorszeniu;
3. jeżeli jest podejrzenie, że możesz mieć nowotwór;
4. jeżeli jest to Twoja pierwsza wizyta po złożeniu deklaracji wyboru.

Jeśli pojawiły się u Ciebie nowe objawy chorobowe albo czujesz, że Twój dotychczasowy stan zdrowia uległ pogorszeniu, powinieneś zarejestrować się na wizytę w gabinecie. Jeśli w takim przypadku zarejestrowałeś się już na teleporadę, pamiętaj, że – po zebraniu wywiadu – najprawdopodobniej zostaniesz poproszony o zgłoszenie się na wizytę do przychodni.

Nie umawiaj się na teleporadę, jeśli masz zaplanowane szczepienie (obowiązkowe lub zalecane) czy badanie bilansowe, ponieważ konieczna jest wówczas wizyta w przychodni.

Jak przygotować się do teleporady?

- Sprawdź, czy przychodnia, do której złożyłeś deklarację, ma Twój aktualny numer telefonu i ewentualnie adres mailowy.
- Przygotuj sprawny, naładowany telefon, kartkę, długopis oraz swój numer PESEL.
- Przez +/- 30 min. w okolicy ustalonego terminu teleporady nie wykonuj zbędnych telefonów.
- W trakcie rozmowy z lekarzem udaj się w miejsce, gdzie będziesz mógł spokojnie i bez zakłóceń odbyć rozmowę.
- Przed rozmową przygotuj na kartce problemy, które chcesz poruszyć w trakcie teleporady. Będzie to gwarancją, że o niczym nie zapomnisz w trakcie rozmowy.
- Przygotuj np. domowe pomiary wartości ciśnienia, pomiar tętna (pulsu), pomiar masy ciała (jeśli np. chorujesz na niewydolność serca lub przewlekłą chorobę nerek) czy pomiary poziomu glukozy (cukru), jeśli chorujesz na cukrzycę.
- Przygotuj listę leków zażywanych przewlekłe. Jeśli masz wyniki badań, z którymi Twój lekarz rodzinny jeszcze się nie zapoznał, również je przygotuj. Możesz także

zostać poproszony o dostarczenie ich kopii, np. w formie elektronicznej (ustalisz to podczas teleporady z lekarzem).

- Jeśli nie udało Ci się odebrać połączenia telefonicznego od lekarza, poczekaj cierpliwie na kolejne. Lekarz podejmie 3 próby połączenia telefonicznego.

Kiedy lepiej nie korzystać z teleporady?

- Gdy przebywasz w miejscu, w którym nie ma możliwości zachowania poufności rozmowy (np. w kolejce do kasy, w środkach komunikacji miejskiej).
- Jeśli masz problemy ze słuchem lub koncentracją – ewentualnie zadbaj wówczas o obecność kogoś bliskiego, kto zanotuje zalecenia lekarskie.
- Gdy masz nowe, nasilone objawy, które dotychczas nie występowały – umów się na wizytę w przychodni.
- Jeżeli mimo wdrożonych zaleceń po poprzednich teleporadach, nie nastąpiła poprawa stanu zdrowia lub dolegliwości się nasiliły – umów się na wizytę w przychodni.

Kiedy możesz skorzystać z wizyty domowej?

Wizyty domowe udzielane są pacjentom, którzy są osobami przewlekle leżącymi i nie opuszczają domu lub w innych, uzasadnionych medycznie przypadkach. Decyzję o tym, czy wizyta będzie miała formę stacjonarną w przychodni czy w domu pacjenta, każdorazowo podejmuje lekarz.

Jak przygotować się do wizyty domowej?

Przygotuj dokumentację medyczną z wcześniejszego leczenia (jeśli ją posiadasz), dzienniczki pomiarów ciśnienia czy poziomu glukozy (cukru) we krwi, jeśli takie prowadzisz.

W przypadku osób z trudnościami w komunikacji, np. z zaburzeniami pamięci, zaburzeniami mowy albo jeśli pacjent wymaga opieki innych osób, ważne jest, żeby osoba sprawująca taką opiekę była obecna podczas wizyty. Pomoże to uzyskać więcej informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Wizyty domowe – o czym należy pamiętać?

Wizyty domowe w POZ mają charakter planowy i odbywają się zgodnie z harmonogramem ustalonym przez przychodnię. Na ogół nie ma możliwości, aby wizyta domowa odbyła się w tym samym dniu, w którym dokonano zgłoszenia.

Warto dowiedzieć się podczas wypełniania deklaracji do przychodni, jakie są zasady zgłaszania wizyt domowych oraz czy odległość miejsca zamieszkania od przychodni nie uniemożliwi ich realizacji. Jeśli wiesz, że będziesz wymagać takich wizyt, wybierz przychodnię jak najbliżej Twojego miejsca zamieszkania.

Wizyty domowe są realizowane pod adresem podanym w deklaracji wyboru lekarza. Jeśli Twój adres ulegnie zmianie, zadbaj, aby dane zaktualizować w Twojej

przychodni. W przypadku, gdy osoba przewlekle leżąca zmienia miejsce zamieszkania na odległe od przychodni, zasadne jest złożenie deklaracji w przychodni znajdującej się w pobliżu nowego miejsca zamieszkania.

Opieka koordynowana

Opieka koordynowana w POZ – co to znaczy?

Od 1 października 2022 roku poradnie POZ mają możliwość realizacji opieki koordynowanej nad pacjentem. Na chwilę obecną ta usługa nie jest dostępna we wszystkich poradniach POZ, ale jej dostępność będzie się zwiększać.

Pacjenci objęci opieką koordynowaną mają możliwość szybszej diagnozy oraz leczenia wybranych chorób przewlekłych u swojego lekarza rodzinnego (POZ), bez konieczności odbywania wizyty u lekarza specjalisty w ramach leczenia w AOS. To przychodnia POZ powinna zapewnić wybrane konsultacje specjalistyczne dla swoich pacjentów (kardiolog, diabetolog, endokrynolog, pulmonolog/alergolog), a lekarz POZ kieruje na nie, gdy widzi wskazania. Lekarz rodzinny może także skonsultować się z lekarzem specjalistą oraz omówić wyniki badań i ustalić plan leczenia chorego, tak aby pacjent w POZ został objęty kompleksową opieką medyczną bez konieczności osobistej konsultacji u specjalistów.

W ramach opieki koordynowanej pacjenci chorzy przewlekle są również objęci edukacją zdrowotną, w ramach której będą mogli dowiedzieć się jak radzić sobie ze swoją chorobą. W razie potrzeby, lekarz rodzinny może skierować pacjenta do dietetyka (np. po rozpoznaniu cukrzycy).

W ramach opieki koordynowanej lekarz POZ może zlecić badania (jeśli będą do tego wskazania medyczne), na które do tej pory mógł wystawić skierowanie jedynie lekarz specjalista pracujący w szpitalu lub przychodni specjalistycznej (np. EKG wysiłkowe, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca czy pakiet badań tarczycowych: antyTPO, antyTSHR, antyTG). Lekarz zleci Ci właściwe badania, w zależności od tego, na co chorujesz.

Czy wszystkie Przychodnie POZ są zobowiązane wdrożyć opiekę koordynowaną od 1 października 2022 roku?

Nie. Przepisy prawa nie nakładają takiego obowiązku, zatem jeśli masz wątpliwości, czy Twoja przychodnia zapewnia opiekę koordynowaną, zadzwoń i dopytaj o to. Jeśli nawet tak nie jest, to pamiętaj, że Twój lekarz rodzinny nadal będzie leczył Cię z zachowaniem najwyższych standardów.

Jakie choroby możesz leczyć w ramach opieki koordynowanej w POZ?

Lekarz rodzinny będzie mógł kompleksowo opiekować się pacjentem z wybranymi schorzeniami z zakresu:

- kardiologii;
- diabetologii;
- chorób płuc;
- endokrynologii.

Choroby te wskazane zostały we właściwych przepisach prawa.

Czym jest porada kompleksowa w ramach opieki koordynowanej i kto może z niej skorzystać? Jeśli lekarz zdiagnozuje u Ciebie jedną z chorób z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc lub endokrynologii, przeprowadzi poradę kompleksową, która obejmuje: wywiad, badanie przedmiotowe, analizę wyników badań i stosowanego leczenia, zalecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych, a także opracowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej.

Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM) – co to jest?

IPOM to plan Twojego leczenia, który opracowuje lekarz rodzinny. Plan ten obejmuje diagnostykę, leczenie, wizyty kontrolne oraz porady dietetyczne. Nad realizacją tego planu będzie czuwał Twój lekarz i wyznaczony przez niego koordynator.



PAMIĘTAJ: ostatecznie Ty jesteś odpowiedzialny za swoje zdrowie i realizację tego planu.

Co powinien zawierać Indywidualny Plan Opieki Medycznej?

IPOM powinien zawierać zalecenia: wizyt kontrolnych, porad edukacyjnych udzielanych przez pielęgniarki lub lekarzy, badań kontrolnych, konsultacji dietetycznych.

Jakie są zadania koordynatora w opiece koordynowanej?

Koordynator w POZ jest przewodnikiem i opiekunem pacjenta. Koordynator wspiera lekarza w komunikacji z pacjentem, kontaktuje się z pacjentem, aby omówić kolejne etapy leczenia wynikające z planu opieki medycznej, np. przypomnieć o badaniach i wizytach kontrolnych czy zalecanej profilaktyce, a także zapewnia współpracę między osobami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem.

Pomoc poza POZ

Gdzie otrzymasz pomoc poza godzinami pracy przychodni POZ?

Po godzinie 18.00 oraz w dni wolne od pracy, a więc gdy POZ nie działa, możesz otrzymać pomoc:

- kontaktując się z Teleplatformą Pierwszego Kontakt (TPK) – uzyskasz tu teleporadę dzwoniąc na numer telefonu 800 137 200 albo wypełniając formularz internetowy (www.gov.pl/web/zdrowie/tpk);
- w placówce, która udziela pomocy w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NŚOZ) – masz możliwość uzyskania tu zarówno teleporady, jak i wizyty osobistej.

Listę placówek – ich adresy i dane kontaktowe – znajdziesz na stronach internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Linki do wszystkich z nich dostępne są na stronie: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/na-ratunek/>

Kiedy możesz skorzystać z pomocy NŚOZ?

- Jeśli stan Twojego zdrowia nagle się pogorszy, w dni powszednie po godzinie 18.00 lub w czasie weekendu i innych dni wolnych od pracy możesz skorzystać z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.
- Jeśli masz niepokojące Cię objawy, takie jak: nasilony kaszel, gorączka, ból głowy, ból brzucha, wymioty czy biegunka, ból kręgosłupa, trudności z oddawaniem moczu lub inne dolegliwości, które są dla Ciebie uciążliwe i uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie, a pogorszenie stanu zdrowia stanowi na tyle duży dyskomfort, że nie możesz czekać na poradę w POZ.
- Jeśli lekarz NŚOZ uzna, że jesteś niezdolny do pracy, wypisze Ci zwolnienie lekarskie. Pamiętaj jednak, że nie powinieneś zgłaszać się do NŚOZ po recepty na stałe leki, w celu wykonania kontrolnych badań, ani w celu diagnostyki dolegliwości występujących od wielu dni.

Czy farmaceuta w aptece może udzielać Ci porad zdrowotnych?

Tak. Farmaceuta wydaje leki i realizuje Twoje recepty, ale może też udzielić Ci porad dotyczących Twojego zdrowia – doradzi Ci w sprawie leków czy sprzętu medycznego, który możesz kupić w aptece.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

Kiedy mogę otrzymać pomoc medyczną w SOR?

SOR, czyli Szpitalny Oddział Ratunkowy, jest jednym z oddziałów szpitala. SOR jest miejscem, gdzie całodobowo udziela się pomocy w stanach, które mogą stanowić bezpośrednie zagrożenia życia i wymagają pilnej pomocy medycznej.

Pamiętaj, że to właśnie na SOR przywożeni są pacjenci z wypadków komunikacyjnych i chorzy, którzy zostali zabrani z domu w stanie zagrożenia życia lub zdrowia przez Zespół Ratownictwa Medycznego.

W przypadku wątpliwości, czy z Twoimi objawami zgłosić się do SOR-u, skorzystaj z konsultacji z Twoim lekarzem POZ lub z Teleplatformy Pierwszego Kontakt.

Jeśli Twój stan zdrowia pogarsza się nagle i gwałtownie, nie powinieneś czekać na pomoc medyczną – dzwoń po pogotowie (nr tel. 999 lub 112).

Pomoc Zespołu Ratownictwa Medycznego

Kiedy powinieneś skorzystać z pomocy zespołu ratownictwa medycznego (pogotowia ratunkowego)?

Zespół ratownictwa medycznego (ZRM) powinieneś wezwać (dzwoniąc na numer 999 lub 112), jeśli u Ciebie lub innej osoby, która jest w Twojej obecności, nastąpiło nagłe i bezpośrednie zagrożenie życia lub w stanach nagłych, których następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia.

Kiedy możemy podejrzewać, że nastąpiło zagrożenie życia lub zdrowia?

Jeśli u Ciebie lub osoby z Twojego otoczenia wystąpiły np.:

- zatrzymanie krążenia – brak reakcji, brak oddechu;
- utrata przytomności;
- utrata przytomności i drgawki;
- uraz głowy i pogorszenie kontaktu, np. niepamięć, dezorientacja;
- bardzo silny, ostry ból głowy, szczególnie jeśli towarzyszą mu objawy takie jak dezorientacja, niewyraźna mowa, problemy z poruszaniem kończynami;
- objawy udaru mózgu: bełkotliwa mowa, dezorientacja, osłabienie siły po jednej stronie ciała, opadanie kącika ust, trudności w poruszaniu kończynami (szczególnie jeśli występują po jednej stronie ciała, np. prawa ręka i prawa noga) – pamiętaj, nawet jeśli objawy ustąpiły, należy zgłosić się do lekarza, gdyż często takie przejściowe objawy mogą być zwiastunem udaru;

- duszność (nie możesz powiedzieć jednego zdania na wydechu);
- ból w klatce piersiowej i odpluwasz duże ilości krwiście podbarwionej wydzieliny;
- ból w klatce piersiowej, silny, nieustępujący, promieniujący do lewej kończyny górnej lub żuchwy – taki ból jest szczególnie niepokojący, jeśli masz stwierdzoną chorobę serca (np. naczyń wieńcowych) lub przeżyłeś już zawał; zawałowi serca mogą (ale nie muszą) towarzyszyć: uczucie nierównego bicia serca; zimne poty, stan przedomdleniowy, nudności, wymioty;
- nagły ostry ból brzucha, uporczywe wymioty z domieszką krwi lub fusowate, masywny krwotok z odbytu lub czarny smolisty stolec;
- krwawienie, którego nie jesteś w stanie zatrzymać, lub/i dodatkowo zażywasz leki wpływające na krzepnięcie krwi (np. Warfin, Acenocumarol, Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Acard, Polocard, Aspiryna);
- masywny krwotok z dróg rodnych;
- gwałtownie postępujący poród;
- ostre i nasilone reakcje uczuleniowe będące efektem zażycia leku, ukąszenia czy użądlenia przez jadowite zwierzęta – objawiają się one szybko postępującym obrzękiem, problemami z oddychaniem, może im towarzyszyć pokrzywka i ból brzucha;
- zatrucia lekami, środkami chemicznymi lub gazami;
- rozległe oparzenia, udar cieplny, wyziębienie organizmu, porażenie prądem, podtopienie lub utonięcie;
- agresja spowodowana chorobą psychiczną, próba samobójcza;
- upadek z dużej wysokości;
- rozległa rana, będąca efektem urazu, a także urazy kończyny dolnej uniemożliwiająca samodzielne poruszanie się.



Jak rozmawiać z dyspozytorem, aby mógł on szybko uzyskać potrzebne informacje i wysłać pomoc?

Dyspozytor może Cię zapytać o:

1. Miejsce zdarzenia, dokładny adres: pełna nazwa miejscowości, ulica, numer domu, gmina, powiat, województwo. Jak dojechać? Miejsca charakterystyczne (szkoła, kościół, kapliczka itp.). Czy ktoś będzie czekał na karetkę?
2. Co się stało?
3. Ile jest osób poszkodowanych? Jaki jest stan osoby (osób) poszkodowanej/nych? (Czy się rusza? Czy oddycha?)
4. Imię, nazwisko, orientacyjny wiek osoby (osób) poszkodowanej.
5. Imię, nazwisko osoby wzywającej pomoc, numer telefonu. Numer ten zostanie przekazany zespołowi ratownictwa medycznego. Kontakt zespołu ratownictwa medycznego z wzywającym może ułatwić znalezienie adresu lub najkrótszej drogi dojazdu.

W trakcie rozmowy uważnie słuchaj tego, co mówi dyspozytor. Może powiedzieć, co należy zrobić do czasu przyjazdu karetki.



PAMIĘTAJ: Nigdy nie kończ rozmowy jako pierwszy, dyspozytor po potwierdzeniu przyjęcia wezwania pierwszy odkłada słuchawkę!

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (poradnie specjalistyczne)

Kiedy możesz skorzystać z leczenia w poradni specjalistycznej?

Jeśli Twój stan zdrowia będzie wymagał diagnozy i specjalistycznego leczenia, Twój lekarz POZ wystawi Ci skierowanie do poradni specjalistycznej.

Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna dotycząca świadczeń udzielonych w oddziale szpitalnym (albo izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym), w związku z tym wraz z wypisem powinieneś otrzymać wszystkie wymienione w wypisie skierowania.

Lekarz POZ nie ma obowiązku wydać Ci skierowania „na życzenie”, jeśli w jego ocenie Twoja choroba może być diagnozowana i leczona w POZ.



PAMIĘTAJ: Wiele chorób może być zdiagnozowanych i leczonych w POZ. Dlatego nie w każdym przypadku podejrzenia choroby musisz otrzymać skierowanie do poradni specjalistycznej.

Czy do każdej poradni specjalistycznej wymagane jest skierowanie?

Nie. Poradnie, do których nie potrzebujesz skierowania, aby otrzymać pomoc medyczną, to:

- ginekologiczno-położnicza;
- onkologiczna;
- psychiatryczna;
- dentystryczna;
- wenerologiczna;
- psychologiczna, psychoterapeutyczna lub środowiskowa dla dzieci i młodzieży.

Czy są pacjenci ze szczególnymi uprawnieniami, którzy są przyjmowani przez lekarzy specjalistów bez skierowania?

Niektórzy pacjenci są uprawnieni do korzystania z konsultacji w poradniach specjalistycznych bez skierowania. Bez skierowania pomoc otrzymają:

- osoby chore na gruźlicę;
- osoby zakażone wirusem HIV;
- inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatan ci oraz osoby represjonowane;
- osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich;
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- osoby do 18. roku życia, 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 oraz osoby represjonowane z powodów politycznych;
- w zakresie leczenia uzależnień: osoby zgłaszające się z powodu uzależnienia oraz osoby zgłaszające się z powodu współuzależnienia (osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujące i gospodarujące, oraz osoby, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawiania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną);
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Czy są pacjenci ze szczególnymi uprawnieniami, którzy są przyjmowani przez lekarzy specjalistów bez kolejki?

Niektórzy pacjenci są uprawnieni do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Są to:

- Kobiety w ciąży.
- Osoby do 18. roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.
- Zastężeni Honorowi Dawcy Krwi i Zastężeni Dawcy Przeszczepu.
- Dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie Covid-19, w czasie stanu zagrożenia epidemiologicznego lub stanu epidemii.
- Inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci.
- Uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani, których ustalony uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.
- Działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych.
- Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby.
- Osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich.
- Żołnierze zastępczej służby wojskowej.
- Cywilne niewidome ofiary działań wojennych.
- Żołnierze zawodowi w przypadku korzystania ze świadczenia w podmiotach leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej oraz przez niego nadzorowanych.

Przyjęcie poza kolejnością oznacza udzielenie świadczenia poza kolejnością wynikającą z prowadzonych list oczekujących – w przypadku specjalistycznej opieki ambulatoryjnej nie później niż 7 dni od daty zgłoszenia się pacjenta.

Czy lekarz w AOS może Cię skierować na badania diagnostyczne?

Tak. Lekarz specjalista może skierować Cię na dowolne badanie diagnostyczne wskazane w koszyku gwarantowanych świadczeń wykonywanych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, niezbędne do rozpoznania choroby i prowadzenia terapii.



PAMIĘTAJ: To lekarz decyduje o potrzebie wykonania badania. Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista w ramach umowy z NFZ, są dla Ciebie bezpłatne, jeśli wykonasz je na podstawie skierowania, w laboratorium mającym umowę z AOS, w którym się leczysz.

Lekarz POZ nie ma obowiązku przepisać skierowania na badania zlecone w AOS lub w gabinetach prywatnych.

Czy lekarz AOS może wypisać zlecenie na transport sanitarny?

Tak, lekarz AOS ma obowiązek zapewnić transport sanitarny na wizyty kontrolne, jeśli stan zdrowia pacjenta tego wymaga.

Czy Twój lekarz POZ otrzyma informację o leczeniu w AOS?

Po pierwszej wizycie w AOS i ewentualnym zleceniu badań diagnostycznych, lekarz AOS zdecyduje, czy wymagasz leczenia w poradni specjalistycznej, czy też możesz być leczony w POZ. Lekarz AOS powinien wydać Ci informację dla lekarza POZ, w której jest zawarta informacja o leczeniu, zastosowanych lekach i zaplanowanych badaniach. Po wizycie w poradni specjalistycznej powinieneś dostarczyć swojemu lekarzowi POZ informację dla lekarza kierującego. Zawiera ona twoje dane, rozpoznania, informacje o sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o czasokresie ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Czy lekarz AOS może skierować Cię do innego lekarza lub szpitala?

Tak. Lekarz AOS może skierować Cię do innego lekarza AOS lub na oddział szpitalny, jeśli wymaga tego Twój stan zdrowia albo – przy podejrzeniu nowotworu – wystawić kartę DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).

Lekarz AOS nie może odsyłać Cię do lekarza POZ po wystawienie skierowania.

Leczenie szpitalne

Kto i na jakich zasadach może skierować Cię do szpitala?

Do szpitala może skierować Cię każdy lekarz, u którego się leczysz – również lekarz z prywatnego gabinetu, nieposiadający umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Skierowanie to może wynikać z różnych wskazań medycznych, jak:

- konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia w warunkach szpitalnych;
- brak możliwości wykonania diagnostyki w warunkach poradni;
- konieczność wykonania zabiegu operacyjnego.

Kto może wystawić skierowanie do szpitala i czy takie skierowanie będzie ważne w każdym szpitalu, do którego się zgłosisz?

Skierowanie do szpitala powinien wydać każdy lekarz, który stwierdzi, że go potrzebujesz, niezależnie czy pracuje w oparciu o kontrakt z NFZ, czy w prywatnej praktyce. Nie może Cię odsyłać w celu wystawienia skierowania do innego lekarza.

Skierowanie do szpitala jest ważne w każdej placówce posiadającej oddział, do którego skierował Cię Twój lekarz.

W przypadku pobytu planowego musisz skontaktować się z sekretariatem lub Izłą Przyjęć danego oddziału i ustalić termin przyjęcia.

Jak przygotować się do planowego pobytu w szpitalu?

Gdy zbliża się termin przyjęcia, przygotuj listę wszystkich przyjmowanych leków wraz z aktualnym dawkowaniem i zabierz ją do szpitala. Zabierz też swoją dokumentację medyczną, a zwłaszcza poprzednie karty informacyjne z pobytów szpitalnych oraz wyniki konsultacji specjalistycznych. Cenną informacją będzie zaświadczenie od lekarza rodzinnego podsumowujące rozpoznane dotychczas choroby oraz przyjmowane leki.

Przed planowanym zabiegiem operacyjnym warto wykonać szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B). Pełen cykl szczepienia składa się z 3 dawek podawanych w schemacie 0-1-6 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach możliwy jest przyspieszony schemat szczepienia. U pacjentów z niedoborami odporności konieczne mogą być dawki przypominające – o szczegóły zapytaj swojego lekarza rodzinnego. Szczepienie to nie jest obowiązkowe.



Czy przed przyjęciem do szpitala musisz przedstawić zaświadczenie o swoim stanie zdrowia?

Pamiętaj, że przed planowym zabiegiem operacyjnym może być potrzebne zaświadczenie od lekarza rodzinnego/POZ. Jest to zaświadczenie zawierające spis chorób przewlekłych, stosowanych leków, opis stanu chorego w dniu badania i ewentualnie

inne ważne informacje o Twoim stanie zdrowia. Nie jest to „zaświadczenie o braku przeciwwskazań do znieczulenia lub zabiegu” – takiej kwalifikacji dokonuje odpowiednio anestezjolog lub chirurg.

Lekarz kwalifikujący do znieczulenia lub zabiegu może potrzebować również zaświadczenia od lekarzy innych specjalności, zwłaszcza jeśli pacjent leczy się u nich na stałe – w takim przypadku w okresie przygotowania do zabiegu przekazuje pacjentowi listę wymaganych zaświadczeń oraz wydaje w razie potrzeby stosowne skierowania na konsultacje.

Czy przed przyjęciem do szpitala powinienem wykonać badania diagnostyczne? Kto pokrywa ich koszt?

Skierowanie na wszystkie badania diagnostyczne wymagane przed planową hospitalizacją powinieneś otrzymać w szpitalu, w którym będziesz leczony. Koszty tych badań pokrywa szpital.

Leczenie psychiatryczne w szpitalu

Czy do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego potrzebujesz skierowania?

W nagłych sytuacjach, np. gdy istnieje prawdopodobieństwo znacznego pogorszenia stanu zdrowia w krótkim czasie, skierowanie nie jest bezwzględnie konieczne. Jeśli masz skierowanie do szpitala, to pamiętaj, że jest ważne 14 dni od jego wystawienia – do dnia zgłoszenia się z nim do dowolnego szpitala psychiatrycznego na terenie Polski.

Jak wygląda procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego za zgodą pacjenta?

Do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta osoba z zaburzeniami psychicznymi, która posiada skierowanie do szpitala i wyraziła pisemną zgodę na przyjęcie.

W nagłych sytuacjach, np. gdy istnieje prawdopodobieństwo znacznego pogorszenia stanu zdrowia w krótkim czasie, skierowanie nie jest konieczne. Nadal niezbędne jest jednak wyrażenie zgody na piśmie przez osobę przyjmowaną.

Jeśli do szpitala ma być przyjęta osoba upośledzona umysłowo lub osoba z zaburzeniami świadomości, konieczna jest zgoda sądu opiekuńczego. W przypadkach nagłych osoba taka jest przyjmowana do szpitala natychmiast i dopiero po jej przyjęciu szpital występuje do sądu opiekuńczego o wydanie stosownej zgody.

Kto wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala pacjentów małoletnich lub ubezwłasnowolnionych całkowicie?

W przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych całkowicie pisemną zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża ich przedstawiciel ustawowy. Osoby pełnoletnie

ubezpieczeniowolnione całkowicie oraz małoletnie powyżej 16. roku życia mogą jednak sprzeciwić się takiemu przyjęciu – wówczas ostateczną decyzję podejmuje sąd opiekuńczy.

Jak wygląda procedura przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody?

Zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent nie wyraża zgody na przyjęcia do szpitala, pomimo pogorszenia się jego stanu zdrowia i wskazań medycznych. Mimo braku zgody jest umieszczany w szpitalu psychiatrycznym, jednak wcześniej muszą bezwzględnie zostać spełnione określone warunki.

W szpitalu psychiatrycznym bez zgody może być leczona tylko osoba chora psychicznie i tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu chorego i zasięgnięciu – w miarę możliwości – opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.

O przyjęciu pacjenta bez jego zgody powinien zostać zawiadomiony w ciągu 48 godzin kierownik podmiotu leczniczego. Ma on z kolei 72 godziny, od momentu przyjęcia pacjenta, na zawiadomienie sądu opiekuńczego właściwego miejscowo dla danego szpitala. Sędzia wysłuchuje osobę przyjętą bez zgody w ciągu 48 godzin, licząc od chwili otrzymania zawiadomienia. Następnie w ciągu 14 dni – znów licząc od dnia otrzymania zawiadomienia – powinna zostać przeprowadzona rozprawa.

Czym jest przymus bezpośredni i jakie są jego formy?

Przymus bezpośredni jest działaniem podejmowanym przez osoby do tego upoważnione (lekarz, pielęgniarka) w stosunku do osoby z zaburzeniami psychicznymi wbrew jej woli. Wyróżniamy cztery formy przymusu bezpośredniego:

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody;
- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa;
- izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Kiedy może być zastosowany przymus bezpośredni?

Przymus bezpośredni można zastosować wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi lub chorej psychicznie, gdy pacjent dopuszcza się zamachu na zdrowie swoje lub innej osoby, działa przeciw bezpieczeństwu powszechnemu, kiedy w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego.

Przymus bezpośredni można także stosować, aby zapobiec samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez pacjenta przebywającego w nim bez zgody.

Kto podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego?

Decyzja ta należy do lekarza, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W wyjątkowych sytuacjach decyzję taką może podjąć również pielęgniarka.

Jak wygląda przygotowanie do zastosowania przymusu?

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Jednocześnie tej osobie należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia jej albo innych osób (są to np. przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, źródło ognia).

Przymus bezpośredni jest stosowany początkowo na 4 godziny, a następnie może być przedłużany na kolejne okresy 6-godzinne, ale powinien trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

Kiedy następuje wypis pacjenta ze szpitala psychiatrycznego?

Podejmując decyzję o wypisaniu pacjenta ze szpitala lekarz musi ocenić, czy stan zdrowia pacjenta na to pozwala oraz jaką ma on sytuację osobistą. Informacje te



pozwalają ocenić, czy pacjent jest w stanie sam poradzić sobie poza szpitalem i czy np. nie nastąpi u niego nawrót kryzysu psychicznego.

Wypis ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przyjętego za zgodą

Wypis z psychiatrycznego podmiotu leczniczego jest możliwy, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych.

Pacjent może być również wypisany na własne żądanie – wówczas musi zostać dokładnie poinformowany o ewentualnych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Zarówno pacjent jak i lekarz zobowiązani są podpisać oświadczenie o wypisie na własne żądanie wraz z adnotacją o zapoznaniu się przez pacjenta z możliwymi następstwami zaprzestania hospitalizacji. Natomiast w przypadku, gdy pacjent ma swojego przedstawiciela ustawowego, również on może zdecydować o wypisie podopiecznego ze szpitala.

Pacjent może ponadto zostać wypisany z podmiotu leczniczego w sytuacji, gdy w rażący sposób narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz gdy nie zachodzi obawa, że opuszczenie przez niego placówki może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia swojego lub innych osób. Pacjent nie może zostać wypisany po jednorazowym incydencie, ale w przypadku, gdy np. często narusza zapisy regulaminu porządkowego szpitala.

Czy można wycofać zgodę na leczenie w szpitalu psychiatrycznym?

Tak. Wypisu ze szpitala psychiatrycznego może domagać się również osoba przyjęta do niego za swoją zgodą. Niemniej w sytuacji, gdy zachowanie pacjenta wskazuje na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia jego lub innych osób, istnieje możliwość zatrzymania go w szpitalu psychiatrycznym. Zagrożenie to musi być jednak związane z aktualnym stanem zdrowia pacjenta, a nie odnosić się do okoliczności występujących w chwili jego przyjęcia do szpitala.

Wypis ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przyjętego bez zgody

Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym bez swojej zgody również może złożyć wniosek o wypisanie jej ze szpitala. Może to zrobić w dowolnej formie – ustnej lub pisemnej. Do złożenia wniosku jest uprawniona także rodzina pacjenta (czyli małżonek, rodzzeństwo oraz krewni w linii prostej), przedstawiciel ustawowy oraz opiekun faktyczny.

Wystąpienie z wnioskiem o wypisanie ze szpitala powinno być odnotowane w historii choroby pacjenta. Natomiast decyzję o wypisaniu pacjenta przebywającego bez zgody podejmuje lekarz kierujący oddziałem, jeśli uzna, że ustały przyczyny powodujące przyjęcie go do oddziału. O wypisie jest też zawiadamiany sąd.

Czy lekarz może odmówić wypisania pacjenta przyjętego bez zgody?

W sytuacji, gdy lekarz stwierdza, że nie ustały przyczyny, które spowodowały przyjęcie pacjenta na oddział psychiatryczny, ma prawo odmówić wypisu, pomimo żądania opuszczenia placówki przez pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego. W takim przypadku pacjent bądź jego przedstawiciel ustawowy mogą wystąpić o nakazanie wypisania do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital. W sprawach związanych z ochroną zdrowia psychicznego nie ma obowiązku uiszczenia kosztów sądowych.

Podczas posiedzenia sąd stwierdza, czy należy niezwłocznie zwolnić pacjenta ze szpitala, czy też należy zatrzymać go w placówce bez zgody i kontynuować hospitalizację. Decydującym powodem do zatrzymania osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody jest stwierdzenie, że dotychczasowe zachowanie zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu i zdrowiu innych osób.

Co się dzieje, gdy pacjent jest wypisywany ze szpitala psychiatrycznego?

Lekarz wypisujący Cię ze szpitala psychiatrycznego powinien przygotować Cię do ewentualnego kontynuowania leczenia ambulatoryjnego, a także w sposób zrozumiały przekazać wszystkie niezbędne zalecenia.

Powinieneś być świadomy konsekwencji przerwania hospitalizacji i leczenia oraz ewentualnych skutków, jakie z tym się wiążą. Celem lekarzy jest ustabilizowanie stanu zdrowotnego pacjenta tak, by był jak najlepiej przygotowany do powrotu do swojego codziennego środowiska, rutynowych zajęć czy pracy. W przypadku, gdy lekarz widzi konieczność dalszego leczenia pacjenta, podejmuje starania, by przekonać Cię do kontynuacji hospitalizacji.

Na zakończenie pobytu w szpitalu otrzymujesz kartę informacyjną. Warto omówić z lekarzem zapisy w niej zawarte, tak by zalecenia lekarskie były zrozumiałe i właściwie realizowane po wyjściu do domu.

Dziecko u lekarza

Jakie są zasady związane z wizytą małoletniego pacjenta u lekarza?

Wizyty lekarskie małoletniego pacjenta co do zasady odbywają się w obecności rodzica lub opiekuna prawnego.

Jeśli pacjent ukończył 16 lat, wtedy zgodę na leczenie lub wykonanie badania musi wyrazić zarówno rodzic, jak i sam małoletni pacjent.

Prawo przewiduje w takim przypadku zgodę równoległą – tzw. podwójną – samego zainteresowanego i opiekuna, którym co do zasady jest rodzic.

W przypadku rozbieżności w sprawie leczenia dotyczących różnych decyzji pomiędzy pacjentem, który ukończył 16 lat i jego rodzicem, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

Kim jest opiekun faktyczny?

Zdarzają się sytuacje, w których konieczne jest otrzymanie pomocy lekarskiej dla dziecka, pomimo że w danej chwili dziecko nie przebywa pod opieką rodziców lub przedstawicieli ustawowych. Zatem rodzic nie może osobiście zgłosić się na wizytę lekarską ze swoim dzieckiem. Małoletni pacjent przebywa wtedy najczęściej pod opieką opiekuna faktycznego.

Opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (zatem definicja opiekuna faktycznego nie dotyczy wyłącznie opieki na małoletnim, lecz dotyczy także innych osób pełnoletnich, które z różnych przyczyn nie są w stanie samodzielnie działać we własnym imieniu).



Czy opiekun faktyczny może zgłosić się z dzieckiem na wizytę lekarską?

Tak. Opiekun faktyczny, który opiekuje się dzieckiem podczas nieobecności rodziców może zabrać dziecko do lekarza. Opiekunem faktycznym może być członek rodziny, osoba bliska lub inna osoba sprawująca opiekę nad pacjentem.

Czy opiekun faktyczny może wyrazić zgodę na wszystkie czynności medyczne wobec dziecka, którym się opiekuje?

Nie. Opiekun faktyczny nie może wyrazić zgody na zabieg o podwyższonym ryzyku, np. operację, inwazyjne badanie czy wykonanie iniekcji. Jeśli zachodzi konieczność podjęcia tego rodzaju leczenia, wówczas konieczna jest pisemna zgoda przedstawicieli ustawowych małoletniego pacjenta (najczęściej będą to rodzice).

Wyjątek stanowi sytuacja, w której konieczne jest wykonanie czynności medycznych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia dziecka. Wtedy lekarz udziela natychmiastowej pomocy, nawet jeśli nie uzyskał zgody rodziców małoletniego pacjenta.

Jesteś pacjentem przewlekle chorym i kończysz 18 lat. Czy musisz zmienić przychodnię specjalistyczną na taką, która jest dla dorosłych?

Kończąc 18 lat rozpoczniesz leczenie w poradni specjalistycznej dla dorosłych. Masz też (w wyjątkowych przypadkach) możliwość pozostać czasowo lub na stałe w dotychczasowej poradni dla dzieci, jeśli Twój lekarz prowadzący wystąpi o to do oddziału wojewódzkiego NFZ.

Twój lekarz może wnioskować o kontynuację leczenia w poradni:

- na stałe;
- do zakończenia określonego etapu terapii;
- do czasu przejścia do placówki dla dorosłych.

Kończysz 18 lat. Czy musisz zmienić poradnię POZ?

Jeśli skończysz 18 lat możesz nadal korzystać z opieki lekarza POZ w dotychczasowej przychodni. Zmiana lekarza powinna nastąpić tylko jeżeli do tej pory pozostawałeś pod opieką pediatry. Jeśli Twój lekarz to specjalista medycyny rodzinnej, taka zmiana nie jest potrzebna.

Leczysz się przewlekle, masz już 18 lat i zdecydowałeś się zmienić poradnię specjalistyczną dla dzieci na poradnię dla dorosłych. Jak powinieneś przygotować się do pierwszej wizyty?

Poproś lekarza z poradni dla dzieci, pod opieką którego byłeś, o pisemną informację o Twoim leczeniu, wynikach badań, planowanych zabiegach – będzie to cenna informacja dla Twojego nowego lekarza prowadzącego.

Poproś także o kopię dokumentacji medycznej – warto ją też dołączyć do dokumentacji w nowej przychodni. Jeśli otrzymujesz ją po raz pierwszy, otrzymasz ją bezpłatnie.

Jak będzie wyglądało leczenie w poradni specjalistycznej dla dorosłych?

Podczas pierwszej wizyty lekarz zapozna się z informacją od Twojego poprzedniego lekarza i dokumentacją medyczną. Zbierze wywiad medyczny, zbada i przedstawi plan leczenia. W poradni specjalistycznej dla dorosłych otrzymasz równie skuteczną pomoc medyczną jak w poradni dla dzieci.

Zanim w rodzinie pojawi się dziecko – opieka nad ciężarną

O czym warto pomyśleć przed zajściem w ciążę?

- Zadbaj o swoje zdrowie
Zrezygnuj z używek, zadbaj o zbilansowaną dietę, utrzymuj prawidłową masę ciała – im zdrowsza przyszła mama, tym większa szansa na donoszoną ciążę i zdrowe dziecko.
- Zaplanuj wizytę u ginekologa
Na wizycie lekarz może wydać zalecenia, które nie tylko zwiększają szansę na zajście w ciążę, ale również na prawidłowy przebieg samej ciąży.

- Zaplanuj wizytę u stomatologa
Przed zejściem w ciążę wylecz zęby. Dbaj o zęby w trakcie ciąży, a w razie potrzeby – nie unikaj leczenia.
- Jeśli stosujesz przewlekłe leczenie – skonsultuj się z lekarzem, pod którego opieką jesteś
Lekarz oceni, czy dotychczasowe leczenie będzie bezpieczne w przypadku zejścia w ciążę, czy też ewentualnie wymaga modyfikacji.
- Porozmawiaj ze swoim lekarzem rodzinnym/POZ lub ginekologiem o szczepieniach

Przed zejściem w ciążę warto zweryfikować status szczepień przeciwko:

- odrze, śwince, różyczce,
- ospie wietrznej,
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

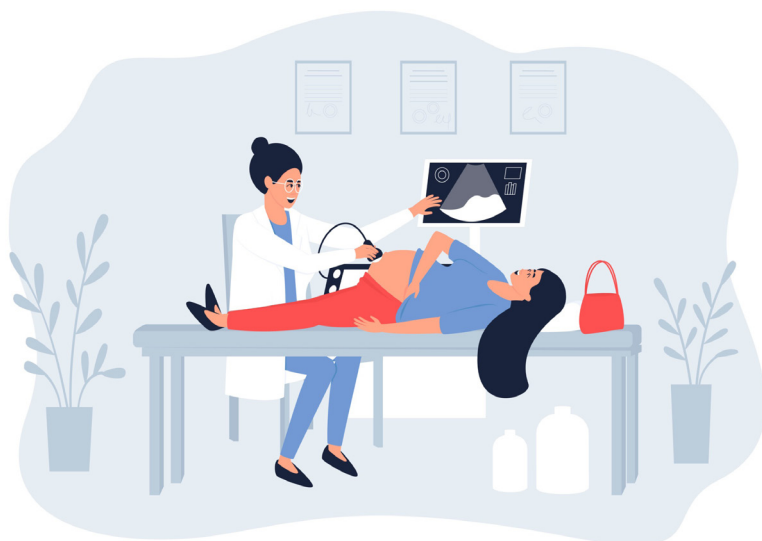


PAMIĘTAJ: że po szczepieniu przeciw odrze, śwince i różyczce lub ospie wietrznej nie powinnaś zachodzić w ciążę przez okres co najmniej 1 miesiąca.

O jakich badaniach i wizytach lekarskich należy pamiętać w czasie ciąży?

- Do 10 tygodnia ciąży

W początkowych tygodniach ciąży, a najpóźniej do 10 tygodnia ciąży, zgłoś się na wizytę do ginekologa. Na pierwszej wizycie lekarz skontroluje Twój stan zdrowia: zważy i zmierzy, dokona pomiaru ciśnienia tętniczego, zaleci wykonanie badań laboratoryjnych i pobierze cytologię, jeśli nie miałaś wykonanej w okresie 6-ciu miesięcy



przed ciążą. Dodatkowo wyda zalecenia co do żywienia, uprawiania sportu oraz ewentualnych badań genetycznych.

- Między 11-14 tygodniem ciąży

Zgłoś się w celu m.in. wykonania badania USG płodu. Na tej wizycie lekarz skontroluje Twoje wyniki badań i określi, czy ciąża rozwija się prawidłowo.

- Między 15-20 tygodniem ciąży

Zgłoś się na wizytę kontrolną w celu wykonania kolejnych pomiarów masy ciała, ciśnienia oraz badań laboratoryjnych.

- Między 18-22 tygodniem ciąży

W tym czasie na wizycie lekarz wykona kolejne USG płodu.

- Między 24-26 tygodniem ciąży

Bardzo ważnym badaniem w tym czasie jest test obciążenia glukozą. Lekarz kierujący Cię na to badanie wyjaśni Ci, jak się do niego przygotować i jak będzie ono wyglądało.

- Między 27-39 tygodniem ciąży

Będziesz zgłaszać się wtedy na badanie ginekologiczne oraz badania laboratoryjne według zaleceń Twojego lekarza prowadzącego. Lekarz poprosi Cię o zwrócenie uwagi na ruchy płodu, regularne pomiary masy ciała oraz w razie potrzeby domowe pomiary ciśnienia.

- W każdej ciąży pomiędzy 27 a 36 tyg.

Zaleca się wykonanie szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi. Ma ono na celu ochronę dziecka w pierwszych miesiącach jego życia.

- W 40 tygodniu ciąży

Zgłosisz się na wykonanie badania KTG rejestrującego akcję serca płodu oraz ewentualne skurcze macicy. Lekarz zaplanuje z Tobą postępowanie, w razie gdyby do porodu nie doszło przez najbliższe kilka dni.

Kiedy w rodzinie pojawia się noworodek – porady na pierwsze dni

Wybierz placówkę POZ dla dziecka

Już przed urodzeniem dziecka warto wybrać placówkę podstawowej opieki zdrowotnej, do której będzie zapisany nowy członek rodziny. Podczas pobytu w szpitalu na oddziale noworodkowym należy podać dane tej placówki, bo to ją szpital poinformuje o waszym wypisie i do niej wyśle Kartę uodpornienia dziecka (jest to dokument potwierdzający zrealizowane w ramach oddziału obowiązkowe szczepienia ochronne i jest wysyłany bezpośrednio do wskazanej placówki – nie może być wydany rodzicowi).

Zgłoś urodzenie się dziecka

Ważną formalnością jest zgłoszenie urodzenia dziecka do urzędu stanu cywilnego w ciągu 21 dni od porodu. Zgłoszenia można dokonać elektronicznie lub osobiście w urzędzie. Na podstawie karty urodzenia otrzymanej w szpitalu zostanie wydany akt urodzenia dziecka wraz z nadaniem numeru PESEL.

Złóż deklarację wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej dla dziecka

Po opuszczeniu oddziału szpitalnego rodzice dziecka powinni zgłosić się do wybranej uprzednio placówki podstawowej opieki zdrowotnej w celu złożenia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej dla noworodka. Podczas składania deklaracji warto mieć ze sobą książeczkę zdrowia dziecka oraz kartę informacyjną ze szpitala. To umożliwi wykonanie wizyty patronażowej przez położną i lekarza.

Bądź przygotowany na wizyty patronażowe położnej i lekarza

- Wizyta położnej u noworodka i położnicy jest wykonywana w ciągu 48 godzin od opuszczenia szpitala. Podczas tej wizyty położna oceni stan zdrowia noworodka i matki, pomoże też w wątpliwościach dotyczących karmienia i pielęgnacji dziecka. Kolejne wizyty patronażowe położnej są realizowane według ustalonego harmonogramu.
- Pierwsza wizyta lekarska noworodka, czyli wizyta patronażowa, powinna zostać umówiona po zadeklarowaniu dziecka do placówki POZ, w ciągu pierwszych 14 dni jego życia (nie później niż do ukończenia 4. tygodnia życia). Na wizycie patronażowej dziecko zostanie zważone, zmierzone; lekarz je zbada oraz omówi wszelkie problemy, które zgłosili rodzice noworodka. Dodatkowo przekaze informacje o ewentualnej konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji oraz o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych. Kolejne wizyty w gabinecie lekarskim będą wiązały się ze szczepieniami dziecka oraz będą odbywać się według ustalonego wcześniej harmonogramu.

Badania profilaktyczne

Jakie badania profilaktyczne i kiedy są dostępne?

Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia finansują realizację programów badań przesiewowych, które są przeznaczone dla pacjentów z wybranych grup ryzyka. Są to:

- Program profilaktyki chorób układu krążenia

Jeśli masz 35-65 lat i nie zdiagnozowano u Ciebie choroby układu krążenia ani cukrzycy, zgłoś się do swojego lekarza rodzinnego/POZ i dowiedz się, czy Twoja przychodnia

wykonuje badania w tym programie. Program obejmuje badanie lipidogramu i glukozy oraz pełne badanie przedmiotowe z wyliczeniem ryzyka sercowo-naczyniowego wg SCORE-2.

- Program Profilaktyka 40 PLUS

Wszystkie osoby powyżej 40. roku życia mogą wykonać pakiet określonych badań – skierowanie możesz wygenerować na swoim Internetowym Koncie Pacjenta, pod numerem 22 735 39 53 oraz w wybranych placówkach medycznych.

Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet obejmuje następujące badania: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, stężenie glukozy we krwi, próby wątrobowe (AlAT, AspAT, GGTP), poziom kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowego we krwi, krew utajoną w kale – w zależności od odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w ankiecie.

Pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn obejmuje badania: morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, stężenie glukozy we krwi, próby wątrobowe (AlAT, AspAT, GGTP), poziom kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowego we krwi, krew utajona w kale, PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity) – w zależności od odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w ankiecie.

Wspólny pakiet badań diagnostycznych obejmuje: pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI).

- Program profilaktyki raka szyjki macicy

Jeśli jesteś kobietą w wieku 25-59 lat, masz możliwość wykonania badania cytologicznego w ramach NFZ co 3 lata lub częściej, w zależności od wyniku poprzedniego badania. Pamiętaj również o tym, że każda miesięczkująca kobieta powinna odwiedzić swojego ginekologa raz w roku.

- Program profilaktyki raka piersi

Wszystkie kobiety w wieku między 50 a 69 rokiem życia są objęte bezpłatnym badaniem mammograficznym wykonywanym co 2 lata. Ponadto pamiętaj, aby 1 raz w miesiącu w pierwszej połowie cyklu badać swoje piersi. Instrukcje jak to zrobić możesz uzyskać u swojego lekarza rodzinnego.

- Program profilaktyki chorób odtytoniowych

Jeżeli masz skończone 18 lat i palisz papierosy lub inne wyroby tytoniowe, a chciałbyś zerwać z nałogiem, możesz skorzystać z porady antynikotynowej w Twojej poradni POZ. Możesz również skorzystać z pomocy psychologicznej (także telefonicznej) w poradniach leczenia uzależnienia od nikotyny lub kontaktując się z zespołem Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym dostępnym pod numerem 801 108 108 lub 22 211 80 15.

Jeśli masz 40-65 lat, palisz i nie masz jeszcze zdiagnozowanej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy – zgłoś się do swojego lekarza POZ, który może Cię skierować na badania spirometryczne.

- Program wczesnego wykrywania raka płuca

Pamiętaj, że najważniejszym czynnikiem ryzyka jest palenie tytoniu, dlatego jeśli jesteś palaczem i zaobserwujesz u siebie zmianę charakteru kaszlu, krwioplucie, spadek masy ciała, koniecznie udaj się do lekarza.

Jeśli jesteś osobą w wieku powyżej 50 lat i nałogowo palisz papierosy, zgłoś się do swojego POZ w celu ustalenia, czy kwalifikujesz się do badania metodą niskodawkowej tomografii komputerowej.

- Program profilaktyki gruźlicy

Program ten kierowany jest do osób dorosłych, które miały bezpośredni kontakt z chorym na gruźlicę, a także do osób z grup podwyższonego ryzyka (tj. bezrobotnych, bezdomnych, niepełnosprawnych, obciążonych długotrwałą chorobą oraz uzależnionych od alkoholu lub narkotyków).

By wziąć udział w programie, zgłoś się do wybranej przez siebie pielęgniarki POZ.

Jakie inne badania profilaktyczne warto wykonywać?

Masz wpływ na profilaktykę nowotworów złośliwych skóry. Każde znamię (pieprzyk) należy obserwować, stosować kremy z filtrem UV na skórę nie tylko podczas opalania. Podczas wizyty u lekarza warto wspomnieć o swoich znamionach i poprosić, by je ocenił. W przypadku zmiany kształtu, wielkości, zabarwienia należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Zalecana jest również wizyta u stomatologa nie rzadziej niż raz w roku.

Zalecane są ponadto przesiewowe badania kolonoskopowe u osób w wieku 50 – 65 lat, a także od 40. roku życia, jeśli Twój krewni I stopnia chorowali na raka jelita grubego lub jeszcze wcześniej – w przypadku występowania w rodzinie określonych zespołów genetycznych zwiększających ryzyko tego nowotworu.

Regularnie korzystaj z badań przesiewowych. Więcej na ten temat dowiesz się na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-onkologiczna).

Co możesz zrobić, aby cieszyć się dobrym zdrowiem?

- Uprawiaj aktywność fizyczną, dbaj o zbilansowaną dietę, prawidłowe nawodnienie, odpowiednią ilość snu, unikaj sytuacji stresowych i utrzymuj dobre relacje międzyludzkie, nie stosuj używek.
- Korzystaj z dostępnych badań przesiewowych.
- Naucz się techniki samobadania piersi i jąder.
- Nie lekceważ objawów alarmowych. Wczesnie wykryty nowotwór złośliwy może być skutecznie leczony.



PAMIĘTAJ:

Twój styl życia ma największy wpływ na Twoje zdrowie.

Niepokojące objawy mogące świadczyć o chorobie nowotworowej

Jakie nowotwory najczęściej występują w Polsce? Jakie są najczęstsze przyczyny zachorowania na nowotwory złośliwe?

Najczęściej występującymi nowotworami w Polsce są: rak płuca, rak piersi (u kobiet), rak gruczołu krokowego (prostaty – u mężczyzn), rak jelita grubego.

Tylko niewielka grupa nowotworów ma uwarunkowanie genetyczne. Największy wpływ na stan Twojego zdrowia ma Twój styl życia. Niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej, stosowanie używek to główne czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory.

Wiele nowotworów (nie tylko rak płuca) powstaje w wyniku ekspozycji na dym tytoniowy.



PAMIĘTAJ: Również palenie bierne (przebywanie w towarzystwie osoby palącej) ma negatywne skutki dla twojego zdrowia. JEŚLI NIE PALISZ, NIE ZACZYNAJ. JEŚLI PALISZ, RZUĆ.

Również alkohol i nieprawidłowa dieta (np. spożywanie dużej ilości czerwonego mięsa i wysokoprzetworzonej żywności) mogą przyczyniać się do rozwoju nowotworów.

Jakie objawy mogą sugerować obecność choroby nowotworowej?

Twój organizm czasami wysyła sygnały alarmowe, których nie możesz bagatelizować. Pojawienie się któregoś z poniżej wymienionych, powinno skłonić cię do wizyty u twojego lekarza rodzinnego.

Objawy ogólne:

- chudnięcie (utrata masy ciała, która nie jest związana ze zmianą nawyków żywieniowych lub stosowaniem diety odchudzającej);
- przewlekłe, narastające osłabienie lub zmęczenie;
- poty nocne;
- powiększone niebolesne węzły chłonne;
- przewlekłe gorączka i stany podgorączkowe.

Układ oddechowy:

- przewlekły (trwający dłużej niż 4 tygodnie) kaszel (a jeśli palisz papierosy – zmiana charakteru kaszlu);
- przewlekła (trwająca dłużej niż 4 tygodnie) chrypka (zwłaszcza jeśli palisz papierosy lub jesteś biernym palaczem);
- krwioplucie (powinna cię zaniepokoić nawet niewielka ilość krwi w płwocinie).

Układ pokarmowy:

- krew w stolcu oraz stolec o barwie smoły;

- przewlekłe bóle brzucha;
- przewlekłe zaparcia i biegunki;
- cienki, ołówkowaty stolec;
- uczucie niepełnego wypróżnienia;
- ból podczas przełykania;
- trudności w przełykaniu.

Układ moczowo-płciowy:

- krew w moczu (mocz o barwie popłuczyn mięsnych);
- krew w nasieniu;
- krwawienie z dróg rodnych (pomiędzy miesiączkami lub u kobiet, które już nie miesiączkują);
- przewlekłe, nasilające się, jednostronne bóle pleców (okolicy lędźwiowej);
- problemy z oddawaniem moczu u mężczyzn – mocz oddawany kroplami, częste oddawanie moczu w nocy niezależnie od ilości wypitych płynów.

Skóra:

- powiększający się guzek (zwłaszcza taki z tendencją do tworzenia owrzodzenia);
- niegojąca się rana;
- znamiona barwnikowe („pieprzyki”), które mają nieregularny kształt, są nieregularnie wybarwione, powiększają się.

Każdy guzek, który wyczuwasz palcami podczas samobadania piersi lub jąder wymaga oceny w gabinecie lekarskim!

Czym jest Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO)? Kto może Ci ją wystawić?

Jeśli na podstawie zgłoszonych przez Ciebie objawów i wyników zleconych badań lekarz rodzinny stwierdzi podejrzenie nowotworu, może wystawić Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO).

Karta ta działa jak skierowanie. Powinieneś niezwłocznie udać się z nią do wyznaczonej placówki, która przeprowadzi diagnostykę w ramach tzw. pakietu onkologicznego. Kartę może również wystawić lekarz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) lub w szpitalu (urolog, ginekolog itp.).

Karty DILO nie można uzyskać od lekarza, który nie ma podpisanego kontraktu z NFZ (czyli pracuje w gabinecie prywatnym).

Gdzie mogę znaleźć informacje na temat nowotworów?

Polecić można np. poniższe strony internetowe:

- www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-onkologiczna
- www.zwrotnikraka.pl
- www.mp.pl/pacjent/onkologia
- pbp.org.pl

Dobre praktyki pacjenta – co zrobić, by szybciej wrócić do zdrowia

Co zrobić, by szybciej wrócić do zdrowia?

- Dostarczaj do swojej placówki POZ aktualne wyniki badań, konsultacje, wypisy ze szpitala oraz wszystkie informacje istotne dla Twojego stanu zdrowia. Tylko wtedy lekarz będzie mógł zająć się kompleksowo Twoim zdrowiem.
- Zgłaszaj się punktualnie na umówioną wizytę lekarską.
- Na wizytę lekarską czy pobyt w szpitalu przynieś ze sobą listę leków, które aktualnie stosujesz wraz z dawkowaniem, w tym również zakupionych bez recepty.
- Nie rób przerw w przyjmowaniu leków przewlekłych. Zadbaj o recepty na kolejne opakowania z wyprzedzeniem. Nie zgłaszaj się po receptę na leki stałe do NŚOZ czy na SOR. Jeżeli jednak zabraknie Ci leku np. w weekend, skontaktuj się z TPK dzwoniąc na numer telefonu 800 137 200, by uzyskać teleporadę.
- Wykonuj badania, konsultacje i stosuj leki, które zaleci Ci lekarz podczas konsultacji, a w razie wątpliwości – umów się na wizytę kontrolną.
- Nie ukrywaj informacji o swoim stanie zdrowia, bo może to mieć kluczowe znaczenie dla diagnostyki i leczenia.



PAMIĘTAJ o odwołaniu wizyty, jeśli nie będziesz mógł się zgłosić. Zrób to z możliwie największym wyprzedzeniem.

Opieka hospicyjna

Co to jest opieka hospicyjna i paliatywna?

Jest to forma opieki, której głównym celem jest poprawa jakości życia osoby nieuleczalnie chorej. Działania podejmowane w ramach opieki hospicyjnej skupiają się wokół redukcji cierpienia i przynoszenia ulgi, w tym leczenie bólu oraz udzielanie wsparcia psychologicznego. Są to głównie działania łagodzące uciążliwe dolegliwości, co może różnić się od dotychczasowego leczenia, którego doświadczyła osoba chora. W ramach takiej opieki dąży się do minimalizacji wykonywanych badań diagnostycznych i procedur medycznych, które często wiążą się z dodatkowym dyskomfortem dla Pacjenta. Czasem w ramach opieki hospicyjnej podejmowane są również działania bardziej inwazyjne, jak np. chemioterapia czy radioterapia paliatywna, zabiegi chirurgiczne, ale nadal ich celem jest przede wszystkim niesienie komfortu. Opieka hospicyjna to również wsparcie dla bliskich osoby chorującej.

Kto może skorzystać z takiej opieki?

Opieką hospicyjną może zostać objęta osoba, u której zdiagnozowano nieuleczalną chorobę, a jej stan zdrowia wymaga podjęcia działań paliatywnych, czyli łagodzących negatywne skutki choroby. Wykaz schorzeń, które kwalifikują do objęcia taką opieką, określa odpowiednie rozporządzenie. Są to nie tylko choroby nowotworowe, ale również:

- owrzodzenia odleżynowe;
- niewydolność oddechowa, np. w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
- kardiomiopatie;
- niektóre schorzenia neurologiczne, np. rdzeniowy zanik mięśni, nieuleczalne następstwa zapalenia opon mózgowych lub mózgu;
- choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV).

Czy opieką hospicyjną mogą być objęte dzieci?

Tak. Co więcej, zakres chorób, które kwalifikują do takiej opieki, jest szerszy i obejmuje np. niewydolność serca, niewydolność wątroby, dystrofie mięśniowe, wrodzone wady rozwojowe, schyłkową niewydolność nerek.

Co jest potrzebne, żeby skorzystać z takiej formy opieki?

Niezbędne jest skierowanie wystawione przez lekarza pracującego w ramach NFZ oraz zgoda pacjenta (na piśmie) na objęcie takim leczeniem. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda rodziców lub opiekunów prawnych, a w przypadku dziecka, które ukończyło 16 lat, także zgoda chorego dziecka.

Ostateczną decyzję o objęciu pacjenta dorosłego lub dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz hospicjum.

Jakie są formy opieki hospicyjnej?

Opieka paliatywna i hospicyjna może być udzielana w warunkach:

- domowych – w hospicjum domowym;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej;
- oddziału szpitalnego – w oddziale medycyny paliatywnej bądź hospicjum stacjonarnym.

O tym, jaki rodzaj opieki zostanie zapewniony, decyduje stan zdrowia osoby chorej. Brane pod uwagę są również inne aspekty, np. czy osoba chora ma opiekę w domu (jeśli jej potrzebuje).

Kto pozostaje pod opieką poradni medycyny paliatywnej?

Poradnia ta jest przeznaczona przede wszystkim dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe i którzy potrzebują leczenia przeciwbólowego, objawowego oraz wsparcia, np. psychologicznego. Pod

opieką tej poradni pozostają osoby o w miarę stabilnym przebiegu choroby, które mają możliwość udania się do poradni samodzielnie. W ramach poradni udzielane są też wizyty domowe, ale nie częściej niż dwa razy w tygodniu. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki, powinni zostać skierowani do hospicjum domowego lub stacjonarnego.



Jak działa hospicjum domowe?

Opieka w hospicjum domowym (wizyty domowe) realizowana jest we współpracy z lekarzem, pielęgniarką oraz położną podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych, pacjent ma całodobowy dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu. Porady lekarskie odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, a wizyty pielęgniarskie – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu. W ramach tej opieki możliwe jest bezpłatne wypożyczenie przez hospicja domowe sprzętu medycznego i pomocniczego.

Do hospicjum domowego przyjmowane są także dzieci poniżej 18. roku życia w schyłkowym okresie choroby nieuleczalnej, nad którymi opiekę w domu sprawuje przynajmniej jeden stały opiekun.

Jak działa hospicjum stacjonarne?

Do hospicjum kierowani są pacjenci na podstawie wskazań medycznych w schyłkowym okresie życia, dla których opieka w formie hospicjum domowego lub poradni medycyny paliatywnej przestała być wystarczająca. Decyzję o objęciu pacjenta opieką

hospicyjną podejmuje lekarz hospicjum. Świadczenia w warunkach stacjonarnych udzielane są przy zachowaniu całodobowego dostępu do lekarza i pielęgniarki przez 7 dni w tygodniu. Świadczenia hospicjum stacjonarnego obejmują również opiekę wyręczającą – polega ona na przyjęciu do hospicjum lub do oddziału medycyny paliatywnej pacjenta na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Przyjmuję chemioterapię, która jest określana jako paliatywna – czy mogę korzystać z opieki hospicjum?

Tak, chemioterapia i radioterapia paliatywna to również jeden z elementów opieki hospicyjnej.

Na czym polega pomoc w ramach opieki hospicyjnej mogą liczyć?

Opieka hospicyjna sprawowana jest przez zespół osób przygotowanych do opieki nad nieuleczalnie chorymi, w skład którego wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog. Ze wsparcia psychologicznego mogą skorzystać również bliscy chorego.

Jestem w hospicjum domowym, czy mogę korzystać z pomocy w ramach mojej placówki POZ?

Tak, działania hospicjum domowego i opieka w ramach POZ mogą się odbywać jednocześnie. Często personel tych dwóch placówek współpracuje ze sobą, by efektywniej wspierać osobę chorą.

Jeśli chcesz znaleźć podmiot leczniczy, który świadczy takie usługi, pomoże Ci wyszukiwarka: www.opiekapaliatywna.info

Transport sanitarny

Czym jest transport sanitarny?

Transport sanitarny polega na przewiezieniu pacjenta do podmiotu leczniczego (np. szpitala lub przychodni) lub z podmiotu do domu, jeśli pacjent nie może samodzielnie się poruszać. Transport sanitarny odbywa się karetką, w której pacjent ma zapewnioną opiekę personelu medycznego.

Jak zamówić transport sanitarny i czy jest płatny?

Możesz skorzystać z transportu sanitarnego, jeśli Twój lekarz (lekarz POZ lub AOS) wystawi Ci takie zlecenie.

Transport może być bezpłatny, częściowo płatny lub pełnopłatny.

Kiedy przysługuje Ci bezpłatny transport sanitarny?

Bezpłatny transport sanitarny przysługuje Ci, jeśli lekarz wystawi Ci zlecenie, abyś:

- podjął konieczne leczenie w placówce medycznej (np. gdy lekarz podczas wizyty domowej lub w miejscu udzielania świadczeń ambulatoryjnych stwierdzi potrzebę skierowania i transportu do szpitala) – zostaniesz wtedy przewieziony do najbliższej placówki, która wykonuje świadczenia danego rodzaju;
- kontynuował rozpoczęte leczenie (np. transport pacjenta z jednego szpitala do drugiego w celu wykonania np. badań lub kontynuacji leczenia);
- a także jeśli masz dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego.



PAMIĘTAJ: z transportu sanitarnego nie korzysta się w przypadku stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia – w takich sytuacjach wzywane jest pogotowie ratunkowe.

Kiedy przysługuje Ci częściowo odpłatny transport sanitarny?

Jeśli jesteś zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale przy korzystaniu ze środków transportu publicznego wymagasz pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40%. Stopień niesprawności ubezpieczonego określa lekarz wydając zlecenie na przewóz. Sfinansowanie takiego transportu na poziomie 40% jest możliwe, jeśli cierpisz na jedną z chorób wymienionych w rozporządzeniu (są to m.in. choroby krwi i narządów krwiotwórczych, choroby nowotworowe, psychiczne, układu nerwowego, oddechowego, trawiennego, krążenia, urazy i zatrucia).

W innych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego do zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, tam i z powrotem, jest odpłatny.

Co obejmuje transport sanitarny?

Transport sanitarny w POZ obejmuje:

- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazową wizytę w poradni specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca (pacjent), i z powrotem;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

Poradnia specjalista jest zobowiązana do zapewnienia transportu sanitarnego w przypadku kolejnych wizyt w danej poradni, jeżeli nadal utrzymują się wskazania do korzystania z niego.

Szpital odpowiada za transport sanitarny w przypadku, gdy:

- pacjent musi zostać przewieziony pomiędzy szpitalami;
- pacjent jest wypisywany do domu po pobycie w szpitalu (również na szpitalnym oddziale ratunkowym), w przypadku dysfunkcji narządu ruchu (gdy pacjent nie może samodzielnie się poruszać).

Czym jest transport daleki w POZ?

Transport sanitarny „daleki” w POZ przysługuje, gdy występuje konieczność przewozu pacjenta na odległość przekraczającą „tam i z powrotem” łącznie 120 km lub leczyleś się w szpitalu za granicą. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej konsultuje merytorycznie i ustala zasadność realizacji takiego transportu, ale decyzję podejmuje NFZ.

Jeżeli z przyczyn losowych musiałeś skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą i jednocześnie:

- Twój stan zdrowia jest stabilny przy wypisie, ale nie pozwala, byś samodzielnie wrócił do domu – zostaniesz przewieziony od granicy Polski do miejsca Twojego zamieszkania;
- wymagasz dalszego leczenia, a Twój stan zdrowia pozwala na uzyskanie wypisu i nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu – zostaniesz przewieziony od granicy Polski do placówki, która może Cię dalej leczyć, położonej najbliżej Twojego miejsca zamieszkania.

Transport daleki w kraju przysługuje Ci, gdy z przyczyn uzasadnionych medycznie musisz korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej lub z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych w placówce oddalonej od miejsca zamieszkania o więcej niż 120 km „tam i z powrotem”, a ogólny stan Twojego zdrowia nie pozwala na samodzielne dotarcie do poradni. Transport przysługuje wtedy z Twojego miejsca zamieszkania do najbliższej odpowiedniej placówki i z powrotem.

Czy zespół ratownictwa medycznego świadczy usługi transportu sanitarnego?

Nie. Pamiętaj, że karetkę pogotowia ratunkowego należy wzywać tylko w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia! Nie służy ona do realizacji transportu planowego.

Zespół Ratownictwa Medycznego udziela pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia, również osobie nieubezpieczonej. Osoba w stanie zagrożenia zdrowia i życia jest transportowana do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Zasady refundacji leków

Od czego zależy refundacja? Dlaczego Twój znajomy dostał lek z refundacją, a Ty nie?

Pamiętaj, że sposób refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w Polsce nie zależy od dobrej lub złej woli lekarza, lecz od regulacji prawnych i wskazań refundacyjnych. Wskazania do refundacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia. Lista ta jest uaktualniana co dwa miesiące. Lekarz musi się kierować tymi wskazaniami przy ustalaniu poziomu odpłatności za lek.

Poziom refundacji leków jest zależny od wskazań refundacyjnych – ale są one często wieloskładnikowe, nie ograniczają się tylko do rozpoznania konkretnej choroby, ale także obejmują np. czas jej trwania (np. refundacja opatrunków na rany przewlekłe) czy przebieg i rodzaj dotychczasowego leczenia (np. niektóre rodzaje insuliny lub nowoczesne leki stosowane w cukrzycy).

Pamiętaj również, że zasady refundacji leku (lub Twoja sytuacja) mogły się zmienić od czasu wystawienia recepty refundowanej przez lekarza specjalistę.

Lekarz odmówił mi wypisania leku z refundacją, bo nie przyniosłem dokumentacji na temat swoich chorób. Czy miał takie prawo?

Leki są refundowane w określonych chorobach. Jeśli lekarz nie będzie miał dokumentacji potwierdzającej Twoją chorobę lub jej przebieg, nie będzie mógł wypisać leku z refundacją, ponieważ w przypadku kontroli zapłaci karę. W Twoim interesie jest dostarczenie lekarzowi wszelkich niezbędnych dokumentów i zaświadczeń potwierdzających zasadność refundacji.



Specjalista wystawił mi receptę z refundacją. Przyniosłem jej kopię mojemu lekarzowi rodzinnemu, by ją powtórzył, ale dostałem receptę bez refundacji. Dlaczego?

Pamiętaj, że dokumentem potwierdzającym zasadność refundacji nie jest recepta wypisana przez innego lekarza, ani tym bardziej informacja przekazana ustnie.

A co może nim być? „Informacja dla lekarza POZ” z gabinetu specjalistycznego. Ważne, żeby była czytelna i wyraźna. Powinny być w niej zawarte informacje na temat rozpoznania, jak i wskazań refundacyjnych dla zalecanego leku. Jeśli wskazania refundacyjne są wieloskładnikowe – w zaświadczeniu powinny się znaleźć wszystkie te składniki. Każdy lekarz powinien weryfikować na bieżąco wskazania do refundacji danego leku u pacjenta, ponieważ lista aktualizowana jest co dwa miesiące.

Byłem na wizycie u specjalisty, ale nie otrzymałem żadnego dokumentu, tylko ustne polecenie, by po receptę zgłosić się do lekarza rodzinnego.

Lekarz z poradni specjalistycznej ma obowiązek wystawić Ci recepty na leki, które Ci zaleca. Powinien także wystawić dokument z informacją dla lekarza POZ, jeśli będziesz wymagał kontynuacji leczenia w POZ. Zadbaj, by otrzymać taki czytelny dokument.



PAMIĘTAJ: W dobie e-recept specjalista z AOS powinien wypisać leki w liczbie wystarczającej do następnej wizyty.

Obecnie każdy lekarz, czy to z poradni specjalistycznych NFZ, czy gabinetów prywatnych, ma możliwość wypisania leku z refundacją.

Kto jest uprawniony do otrzymywania recept na darmowe leki?

Uprawnienia pacjentów, którzy mogą otrzymywać recepty na darmowe leki, środki spożywcze i wyroby medyczne określone są symbolami:

S – seniorzy, czyli osoby po 65 r.ż.

DZ – dzieci do 18 r.ż.

C – kobiety w ciąży

Poza tym, dodatkowe uprawnienia do bezpłatnych leków mają osoby posiadające legitymacje: zasłużonego honorowego dawcy krwi (ZK), inwalidy wojennego (IW), osoby represjonowanej (IB).

Należy pamiętać, że powyżej opisane uprawnienia do leków bezpłatnych dotyczą leków znajdujących się na wykazach określonych rozporządzeniem. Oznacza to, że jeśli lek nie jest na takiej liście wpisany, to pomimo wystawienia pacjentowi recepty z konkretnym oznaczeniem uprawnień, będzie trzeba za ten lek zapłacić.

Recepty na bezpłatne leki mogą wystawiać lekarze (lub pielęgniarki) udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego (przy wypisie ze szpitala).

A co, gdy zgubię lub zniszczę opakowanie leku refundowanego?

Wszystkie recepty refundowane są ściśle monitorowane. Brane pod uwagę jest

dawkowanie i przewidywany okres, na który powinno Ci wystarczyć opakowanie leku. W takiej sytuacji może się więc okazać, że otrzymasz lek bez refundacji.

Zamienniki leków – czym są? Czy tańsze odpowiedniki leków mają takie samo działanie?

Zamiennik (generyk, lek odtwórczy, odpowiednik) jest to produkt leczniczy o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce i postaci farmaceutycznej, co lek oryginalny, którego stosowanie nie powoduje wystąpienia różnic w procesie leczenia.

Zamiennik musi więc spełniać te same standardy jakości, bezpieczeństwa oraz skuteczności, co lek oryginalny. Efekt jego działania powinien być taki sam. Główną zaletą tych leków jest z reguły ich niższa cena.

W związku z tym, podczas wizyt w aptece często proponowane są pacjentom zamienniki leków przepisanych przez lekarza. Pewną wadą takiej sytuacji może być fakt, że zamienniki mają inne nazwy handlowe, co może powodować pomyłki w domu pacjenta.

Jeśli masz problem z tym, że za każdym razem otrzymujesz lek pod inną nazwą i obawiasz się, że możesz się pomylić, porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem. Może on zaznaczyć na receptce, by w aptece nie zamieniano leku na odpowiednik.

Jakie kryteria muszą być spełnione przy wydawaniu zamienników leków?

- Obecnie możliwe jest wydanie leku o cenie niższej, równej lub wyższej niż cena leku zapisanego na receptce, leku nier refundowanego ze 100% odpłatnością, jak i możliwe jest zamienne wydawanie leków w opakowaniach zawierających 28 i 30 tabletek.
- Warunkiem wydania zamiennika jest wydanie leku o tej samej nazwie międzynarodowej, tym samym wskazaniu terapeutycznym i w tej samej dawce i postaci farmaceutycznej, która nie spowoduje powstania różnic w procesie leczenia.

Refundacja wyrobów medycznych

Czym są wyroby medyczne?

Wyroby medyczne to określenie dla całej gamy produktów przeznaczonych do stosowania u ludzi w celu zapobiegania, diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia skutków choroby, urazu, upośledzenia, jak również do zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego.

Na niektóre z tych produktów możesz uzyskać zlecenie lub receptę od osoby uprawnionej pod warunkiem, że spełniasz określone w rozporządzeniu warunki (posiadasz określone rozpoznanie).

Na zlecenie możesz otrzymać np. pieluchomajtki, cewniki, sprzęt stomijny, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, protezy i ortezy ortopedyczne, balkони, wózki inwalidzkie, laski, kule, obuwiu ortopedyczne. Na niektóre opatrunki specjalistyczne oraz paski do glukometru możesz z kolei uzyskać receptę.

Kto może wypisać zlecenie lub receptę na wyroby medyczne?

Zlecenie na wyroby medyczne wypełnia oraz potwierdza lekarz, pielęgniarka, położna lub inna osoba uprawniona. Jeżeli osoba wystawiająca nie ma możliwości potwierdzenia, robi to Oddział Wojewódzki NFZ. Receptę na wyroby medyczne może wystawić lekarz, pielęgniarka, położna lub inna osoba uprawniona. W rozporządzeniu wskazano, który lekarz może ci wystawić zlecenie na określone wyroby. Nie zawsze będzie to lekarz POZ.

Od 1 października 2023 roku zlecenie na wyroby medyczne wystawiane jest w formie e-zlecenia. Otrzymasz czterocyfrowy kod analogicznie jak w przypadku e-recept.

Jakie są zasady wypisywania zleceń i recept na wyroby medyczne?

Rozporządzenie Ministra Zdrowia określa szczegółowo wykaz, ilość, kryteria przyznawania, limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy, okres użytkowania oraz limit cen napraw wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Zlecenie na wyrób medyczny może być wystawione tylko jeżeli pacjent posiada wymienione w rozporządzeniu rozpoznanie choroby. Określono również limit ilości poszczególnych wyrobów, jak również czas, po którym można wnioskować o kolejne zlecenie.

Od czego zależy, ile zapłacę w sklepie za wyrób medyczny?

Kwota, którą zapłacisz zależy od kilku czynników, takich jak rodzaj schorzenia, obecność dodatkowych uprawnień, np. posiadanie legitymacji inwalidy wojennego, kombatanta, osoby represjonowanej, jak również posiadanie orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności. Informacje te w zleceniu wpisuje osoba uprawniona do jego wypisania na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej oraz dokumentu poświadczającego posiadanie dodatkowych uprawnień.

Czy muszę odebrać wyrób medyczny ze sklepu osobiście?

Wyrób ze sklepu może odebrać w Twoim imieniu pośrednik, podając swoje imię, nazwisko i PESEL.

W jakich sklepach mogę kupić wyroby medyczne na zlecenie?

Wyroby medyczne możesz kupić w sklepach medycznych oraz w aptekach, które mają umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne. Nie obowiązują tu rejonizacja.

Czy mogę uzyskać zniżkę kupując opatrunki specjalistyczne lub paski do glukometru w aptece?

Tak, niektóre opatrunki specjalistyczne oraz paski do glukometru to wyroby medyczne, na które w przypadku istnienia wskazań do refundacji receptę wypisze Ci lekarz, pielęgniarka, położna lub inna osoba do tego uprawniona. Osoba uprawniona wystawiając receptę ustala stopień refundacji, który zależy od posiadanych przez Ciebie schorzeń. Do wyrobów medycznych na receptę nie mają zastosowania przepisy odnośnie dodatkowych uprawnień, takich jak inwalida wojenny, zasłużeni honorowi dawcy krwi, jak również zniżka wynikająca z wieku powyżej 65 lat (recepty „S”).

Zwolnienia lekarskie i prawo do opieki nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny

Kto może wystawić Ci zwolnienie lekarskie z powodu choroby?

Zwolnienie lekarskie może wystawić każdy lekarz, do którego przychodzisz z problemem zdrowotnym, który uniemożliwia Ci pracę. Lekarz może orzec o niezdolności do pracy, a jeśli złożył właściwy wniosek do ZUS, może wystawić dokument e-ZLA, czyli zwolnienie lekarskie (dotyczy to również lekarza dentysty, lekarza w gabinecie



prywatnym, na SOR czy w szpitalu). Lekarz nie może cię odesłać do innego lekarza, by ten wystawił za niego zwolnienie.

Jeśli wychodzisz ze szpitala i nie jesteś zdolny do pracy, lekarz wypisujący Cię z oddziału powinien wystawić Ci zwolnienie. Podobnie, gdy wychodzisz ze szpitala i potrzebujesz opieki innej osoby, lekarz z oddziału wystawi zwolnienie na opiekę nad Tobą (np. po porodzie).

Czy lekarz może wystawiać zwolnienie lekarskie z datą wsteczną?

W uzasadnionych przypadkach lekarz może wystawić zwolnienie potwierdzające Twoją niezdolność do pracy do trzech dni wstecz od dnia wizyty. Jednak pamiętaj, że wydanie zwolnienia jest decyzją, którą lekarz podejmuje na podstawie oceny stanu Twojego zdrowia, więc może się zdarzyć, że lekarz nie będzie mógł orzec o Twojej niezdolności do pracy w dniach poprzedzających wizytę i badanie lekarskie. Zatem jeśli jesteś chory i nie czujesz się na siłach, żeby pójść do pracy, niezwłocznie skontaktuj się z przychodnią.

Czy zwolnienie lekarskie jest dokumentem elektronicznym?

Tak. Zwolnienie lekarskie jest dokumentem elektronicznym (e-ZLA). Twoje dane oraz dane Twojego pracodawcy są dostępne w systemie ZUS. Pamiętaj, by poinformować lekarza o adresie, pod którym będziesz przebywał w trakcie trwania zwolnienia.

Jak Twój pracodawca dowie się, że lekarz wystawił Ci zwolnienie lekarskie?

Dzięki systemowi elektronicznemu nie musisz dostarczać do pracodawcy druku oświadczenia, pracodawca otrzyma go poprzez portal PUE ZUS, do którego ma dostęp. Jeśli Twój pracodawca nie ma profilu w PUE ZUS, lekarz może wydrukować zwolnienie, które dostarczysz do pracodawcy. Poinformuj pracodawcę jedynie o tym, że w pracy nie stawiałeś się z powodu choroby i posiadasz zwolnienie lekarskie. Nie musisz podawać przyczyny zwolnienia, gdyż stanowi to tajemnicę lekarską – informacja ta nie widnieje na zwolnieniu przekazywanym pracodawcy.

Kto może wystawić Ci zwolnienia lekarskie, jeśli musisz osobiście zaopiekować się chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny?

Jeżeli Twoje niepełnoletnie dziecko zachoruje, lekarz leczący dziecko podczas wizyty wystawi Ci druk e-ZLA na opiekę.

Liczba dni zwolnienia lekarskiego, które Ci przysługują może się różnić – wynosi 60 dni w przypadku dziecka do 14. roku życia, a w przypadku dziecka od 15. do 18. roku życia – 14 dni (lub 30 dni jeśli jest niepełnosprawne).

Zwolnienie na opiekę na chorego członka rodziny wyda Ci lekarz leczący członka Twojej rodziny. Pamiętaj, że podczas sprawowania tej opieki musisz przebywać w miejscu aktualnego pobytu osoby chorej.



Pamiętaj! Niezależnie od powyższych, jeśli jesteś zatrudniony na umowę o pracę i wychowujesz przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat, to przysługuje Ci w ciągu roku kalendarzowego zwolnienie od pracy z tytułu opieki nad dzieckiem w wymiarze 16 godzin albo 2 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Co ważne, by skorzystać z tego uprawnienia, nie musisz wykazywać pracodawcy okoliczności, które miałyby uzasadniać konieczność opieki w danym dniu.

Na jakiej podstawie zostanie mi wypłacony zasiłek za okres opieki na dzieckiem lub innym członkiem rodziny?

Zasiłek opiekuńczy zostanie wypłacony na podstawie zwolnienia lekarskiego na opiekę, które elektronicznie wysłał do PUE ZUS lekarz Twojego dziecka/członka rodziny. Po powrocie z opieki pracodawca poprosi Cię o wypełnienie jednego z druków:

- Z-15A informującego o warunkach i czasie trwania opieki nad dzieckiem chorym lub
- Z-15B informującego o warunkach i czasie trwania opieki nad chorym członkiem rodziny

Jeśli jesteś osobą samozatrudnioną druk Z-15A lub Z-15B dostarcz bezpośrednio do ZUS.

Zasiłek opiekuńczy zostanie wypłacony na podstawie zwolnienia lekarskiego na opiekę, które elektronicznie wysłał do PUE ZUS lekarz dziecka/członka Twojej rodziny.



Pamiętaj! Jeśli Twoje dziecko lub inny członek twojej rodziny został wypisany ze szpitala i będzie wymagał twojej opieki w domu, nie zapomnij powiedzieć o tym lekarzowi, który wypisuje tę osobę ze szpitala. Powinien on wystawić Ci zwolnienie na opiekę nad tą osobą.

Czy można otrzymać zasiłek opiekuńczy na zdrowe dziecko?

Zasiłek opiekuńczy z tytułu innych okoliczności niż choroba dziecka, będzie Ci przysługiwał w określonych sytuacjach, a jego uzyskanie nie wymaga konsultacji lekarskiej. Jeżeli musisz zaopiekować się swoim dzieckiem do lat 8. (lub dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością do lat 18.) które jest zdrowe, możesz wystąpić o świadczenie opiekuńcze, jeśli:

- opieka jest sprawowana z powodu nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły – wtedy wypełniasz u pracodawcy oświadczenie o zaistniałej sytuacji oraz druk Z-15A i na tej podstawie wypłacany jest zasiłek opiekuńczy;
- jeśli zachoruje członek rodziny, który na stałe zajmuje się dzieckiem (np. matka dziecka) – wtedy na podstawie zaświadczenia o chorobie wydanego przez lekarza leczącego chorego członka rodziny, który stale opiekuje się dzieckiem, możesz

wypełnić oświadczenia u swojego pracodawcy o sprawowaniu osobistej opieki nad dzieckiem zdrowym z powodu choroby stałego opiekuna (po dokonaniu tych formalności zostanie Ci wypłacone świadczenie opiekuńcze);

- opieka jest spowodowana chorobą opiekuna dziecka – wtedy na podstawie kopii wydanego dla opiekuna dziecka zwolnienia lekarskiego oraz po podpisaniu oświadczenia o sprawowaniu osobistej opieki nad dzieckiem zdrowym podczas choroby opiekunki zostanie Ci wypłacone świadczenie opiekuńcze.

Zaświadczenia lekarskie

Czym są zaświadczenia lekarskie?

Zaświadczenie lekarskie jest efektem orzekania lekarza o Twoim stanie zdrowia. O treści i zakresie takiego orzeczenia decyduje lekarz i wydaje je na podstawie badania i posiadanej dokumentacji medycznej. Zgłaszając się po zaświadczenie, dostarcz lekarzowi wszelką niezbędną dokumentację, jaką posiadasz. Jeśli do wydania orzeczenia potrzebne będą dodatkowe badania lub konsultacje, lekarz poinformuje Cię o tym. Często zbieranie danych do takiego orzeczenia to długi proces, więc musisz liczyć się z tym, że nie będzie możliwe uzyskanie zaświadczenia natychmiast.

Prawo do orzekania i wystawienia zaświadczenia ma każdy lekarz posiadający pełne prawo wykonywania zawodu, a więc nie tylko lekarz POZ. Jeśli zatem potrzebujesz zaświadczenia dotyczącego konkretnego schorzenia, zgłoś się do tego lekarza, który leczy Cię z tego powodu.

Część zaświadczeń jest finansowana ze środków publicznych i korzystając z opieki zdrowotnej w ramach NFZ, możesz je uzyskać bezpłatnie. Nie oznacza to, że wydać je musi lekarz POZ. Takie zaświadczenie wyda również np. lekarz w szpitalu lub w poradni specjalistycznej.

Jakie zaświadczenia możesz uzyskać bezpłatnie?

- związane z kontynuowaniem leczenia lub rehabilitacją;
- związane z niezdolnością do pracy (wystawienie ZUS ZLA);
- do szkolnych zajęć sportowych dzieci i młodzieży (w ramach bilansu szkolnego);
- do uprawiania sportu przez dzieci i młodzież;
- do możliwości nauki w publicznych szkołach muzycznych i artystycznych;
- do celów pomocy społecznej;
- związane z orzekaniem o niepełnosprawności;
- do celów adopcyjnych i pieczy zastępczej;
- do uzyskania świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (tzw. 500+ dla seniora);

- związane z założeniem Niebieskiej Karty;
- do uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Jakie zaświadczenia nie są bezpłatne (nie są finansowane przez NFZ)?

- związane z prowadzeniem pojazdów;
- związane z medycyną pracy (finansuje je pracodawca);
- związane z kwalifikacją do publicznych szkół i studiów zawodowych (są finansowane odrębnie);
- związane z uprawianiem sportu lub udziałem w zawodach sportowych przez osoby dorosłe;
- o braku przeciwwskazań do pełnienia funkcji ławnika;
- związane z testami sprawnościowymi przy kwalifikacji do pracy lub szkoły.

Kiedy nie potrzebujesz zaświadczenia lekarskiego, aby skorzystać z przysługujących Ci uprawnień?

- karmienie piersią – wystarczy oświadczenie matki karmiącej;
- karty związane z wypoczynkiem dzieci i młodzieży, np. kolonijne, obozowe;
- amatorska aktywność ruchowa (np. zajęcia na basenie, zajęcia sportowe w różnych klubach amatorskich, zajęcia w klubie seniora);
- rozpoczęcie pobytu w żłobku;
- powrót do żłobka/przedszkola po chorobie;
- amatorskie zawody sportowe.

Pacjent obcojęzyczny

Co zrobić, gdy pacjent nie zna języka polskiego?

Skuteczna komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest niezbędna do udzielenia pomocy medycznej. Co można zrobić, gdy pacjent nie zna języka polskiego, a potrzebuje pomocy medycznej?

- Pamiętaj, że pacjent ma prawo do obecności osoby bliskiej (która np. komunikuje się w języku polskim). To Ty decydujesz, z kim przyjdiesz na wizytę lekarską. Nie musi być to ktoś z rodziny. Najważniejsze, by osoba przez Ciebie wybrana znała język polski w stopniu umożliwiającym komunikację z lekarzem, co umożliwi tłumaczenie pomiędzy Tobą a lekarzem (pomoże zrozumieć diagnozę, zalecenia lekarskie i wyjaśni, jak będzie wyglądało dalsze leczenie).
- Jeśli nie znasz języka polskiego, nie możesz oczekiwać od pracownika podmiotu leczniczego umiejętności porozumiewania się w Twoim języku, dlatego warto,

abyś przed wizytą zapewnił obecność osoby, która zna język polski lub ustalił, czy w przychodni jest obecny tłumacz (pamiętaj, że zapewnienie tłumacza nie jest obowiązkiem przychodni).

- Podczas wizyty może być obecny tłumacz, którego zapewni podmiot leczniczy. W takiej sytuacji musisz wyrazić zgodę na jego obecność. Informacja o Twojej zgodzie na obecność tłumacza podczas wizyty powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.
- Jeśli masz dokumentację medyczną sporządzoną w innym języku niż polski, warto przetłumaczyć ją przed wizytą na język polski – taka dokumentacja jest dla lekarza cennym źródłem informacji o pacjencie i pomoże skuteczniej diagnozować i leczyć.

Śmierć osoby bliskiej

Jaki dokument medyczny jest niezbędny w przypadku zgonu, aby móc przygotować pogrzeb?

Śmierć osoby bliskiej to zawsze trudna sytuacja dla całej rodziny. Konieczne jest jednak zebranie przez rodzinę lub bliskich zmarłego odpowiednich dokumentów niezbędnych, żeby ciało mogło zostać odebrane przez zakład pogrzebowy i by można było przystąpić do organizacji pochówku.



PAMIĘTAJ: podstawowy dokument to karta zgonu. Jest to specjalny formularz, który wystawia lekarz stwierdzający zgon. Dopiero po wystawieniu karty zgonu zakład pogrzebowy może podjąć przygotowania, m.in. zabrać ciało do zakładu pogrzebowego.

Kto jest uprawniony do wystawienia karty zgonu?

Do wystawienia karty uprawniony jest lekarz lub kierownik zespołu ratownictwa medycznego (jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej).

W większości przypadków robi to lekarz, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń.

W sytuacji, gdy jest to zgon nagły zgon stwierdza kierownik wezwanego zespołu ratownictwa medycznego.

Gdy zgon miał miejsce poza miejscem zamieszkania, lub gdy lekarz leczący dotychczas pacjenta nie ma możliwości dotarcia w ciągu 12 godzin, należy wezwać policję, która wezwie lekarza pełniącego funkcję koronera.

Jakie jest postępowanie w sytuacji zgonu w domu?

Przygotuj:

- dokument tożsamości osoby zmarłej (lekarz musi móc potwierdzić jej tożsamość) oraz
- posiadaną aktualną dokumentację medyczną.

Kartę zgonu wystawia lekarz, który został wezwany przez rodzinę i stwierdził zgon. W przypadku wątpliwości co do tego, czy zgon nastąpił z przyczyn naturalnych, lekarz stwierdzający zgon może wezwać policję. W pozostałych wypadkach lekarz wystawi kartę zgonu.

Lekarz stwierdzający zgon wystawia kartę zgonu i nie może odsyłać po nią do innego lekarza. Lekarz, który nie widział zwłok, nie może wystawić karty zgonu na podstawie zaświadczenia o zgonie.

Jakie jest postępowanie w sytuacji zgonu w szpitalu?

Gdy śmierć nastąpi w szpitalu, kartę zgonu wystawia lekarz, który stwierdził zgon na miejscu w szpitalu.

Kto może uzyskać kartę zgonu?

Kartę zgonu może uzyskać:

- współmałżonek osoby, która zmarła;
- pozostała rodzina zmarłej osoby, na przykład dzieci, wnuki, prawnuki, rodzice, dziadkowie, brat, siostra, siostrzenica, bratanek, teściowie;
- pełnomocnik jednej z powyższych osób.

W jakim terminie należy zgłosić zgon w urządzie stanu cywilnego?

Zgon należy zgłosić w ciągu 3 dni od wystawienia karty zgonu. W przypadku, gdy osoba zmarła na skutek choroby zakaźnej, zgon należy zgłosić w ciągu 24 godzin.

Prawa pacjenta

Czym są prawa pacjenta?

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia prawo do ochrony zdrowia. Prawa pacjenta, czyli Twoje uprawnienia podczas diagnostyki i leczenia w przychodniach, szpitalach lub gabinetach lekarskich są zawarte w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przestrzeganie praw pacjenta jest zatem ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Kim jest Rzecznik Praw Pacjenta?

Rzecznik Praw Pacjenta to instytucja działająca na rzecz ochrony praw pacjentów i poprawy jakości opieki medycznej. Głównym zadaniem Rzecznika jest monitorowanie przestrzegania praw pacjenta, udzielanie pacjentom pomocy w rozwiązywaniu sporów z podmiotami leczniczymi oraz prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych w zakresie praw pacjenta.

Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Z czym możesz się zwrócić do Rzecznika Praw Pacjenta?

Do Rzecznika Praw Pacjenta możesz zgłosić problemy związane z prawami pacjenta oraz jakością opieki medycznej.

Czujesz, że zostałeś źle potraktowany, nie udzielono Ci niezbędnej pomocy medycznej, wprowadzono Cię w błąd, który spowodował pogorszenie stanu zdrowia? A może Twoje prawa do odpowiedniej opieki medycznej zostały naruszone lub doznałeś szkody w wyniku udziału w badaniu klinicznym?

Zmagasz się z poważnymi działaniami niepożądanymi po szczepieniu ochronnym? Lekarz nie udzielił Ci lub osobie przez Ciebie upoważnionej, przystępnej informacji o Twoim stanie zdrowia i sposobie leczenia? Masz kłopot z uzyskaniem kopii swojej dokumentacji medycznej? To tylko przykładowe sytuacje w których możesz poprosić o pomoc Rzecznika Praw Pacjenta.

800 190 590 to numer bezpłatnej infolinii dla pacjentów gdzie można otrzymać szybką i kompleksową i informację dotyczącą praw pacjenta oraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Jakie są prawa pacjenta wynikające z ustawy?

Jako pacjentowi przysługuje Ci:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji;
- prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do tajemnicy informacji;
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych;
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do dokumentacji medycznej;
- prawo do poszanowania intymności i godności;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Czym jest prawo do świadczeń zdrowotnych?

Masz prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Osoby wykonujące zawód medyczny (jak lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny) mają obowiązek udzielać Ci świadczeń zdrowotnych (czyli leczyć i diagnozować) z należytą starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń spełniających obowiązujące wymagania fachowe i sanitarne (wymagania te regulują szczegółowo przepisy prawa).

Zwracając się o pomoc medyczną, możesz liczyć, że będzie Ci udzielona w sposób fachowy, rzetelny i staranny przez personel, który posiada odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie.



PAMIĘTAJ: W przypadku zagrożenia zdrowia lub życia masz prawo do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej.

Z kolei w przypadku porodu pacjentka ma prawo do natychmiastowej pomocy medycznej w trakcie porodu, jak i po nim.

Niekiedy zdarza się, że masz wątpliwości, czy działanie lekarza jest właściwe, czy proponowana forma leczenia jest dla Ciebie najkorzystniejsza. W takiej sytuacji możesz zwrócić się do lekarza, który udziela Ci świadczeń zdrowotnych, aby zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.

- Twoje żądanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej.
- Lekarz może odmówić, jeżeli uzna żądanie za bezzasadne. Ma on wówczas obowiązek odnotować odmowę w Twojej dokumentacji medycznej.

Zasady te stosuje się także do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (położnej).

Na czym polega prawo do informacji?

Masz prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia. Lekarz powinien przekazać Ci informacje o rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, a także o wynikach leczenia i rokowaniu.

Masz też prawo wskazać osobę lub osoby, którym lekarz będzie udzielał informacji o Twoim stanie zdrowia i leczeniu.

Przekazana informacja powinna być dla Ciebie zrozumiała i przystępna.



PAMIĘTAJ: Zawsze możesz zapytać swojego lekarza, jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości lub coś jest dla Ciebie niezrozumiałe.

Co oznacza prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych?

Jako pacjent masz prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody – po uzyskaniu od lekarza wszystkich informacji o stanie zdrowia i proponowanym leczeniu.

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko (inwazyjne badania), zgodę wyraża się w formie pisemnej. W każdej innej sytuacji zgodę lub sprzeciw możesz wyrazić ustnie. Bez Twojej zgody może zostać przeprowadzone badanie lub udzielone inne świadczenie zdrowotne tylko wówczas, gdy znajdujesz się w stanie, który wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej albo gdy zwłoka groziłaby Ci niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia, wymagana jest zgoda podwójna: przedstawiciela ustawowego jak i samego małoletniego pacjenta. W przypadku rozbieżności decyzji rodzica i małoletniego pacjenta sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

Czym jest prawo do tajemnicy informacji?

Osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zachować w tajemnicy wszelkie związane z Tobą informacje, w tym o Twoim stanie zdrowia, które uzyskały w związku z wykonywaniem zawodu.

Możesz jednak wyrazić zgodę na ujawnienie takich informacji. Bez Twojej zgody lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny mogą ujawnić informacje z Tobą związane tylko, gdy:

- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla Twojego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób;
- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- dzieje się to w ramach postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

Na czym polega prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych?

Każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego (np. leku czy szczepionki) możesz zgłosić:

- osobie wykonującej zawód medyczny (np. lekarzowi, pielęgniarce, farmaceucie),
- Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu.

Wszelkie informacje dotyczące sposobu zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych znajdziesz na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów

Lecniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (www.urpl.gov.pl, zakładka: Produkty lecznicze, podstrona: Monitorowanie bezpieczeństwa leków).

Jak rozumieć prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza?

Niektóre opinie albo orzeczenia wydawane przez lekarza mogą mieć wpływ na Twoje prawa lub obowiązki wynikające z obowiązujących przepisów. Przykładem takiej opinii/orzeczenia może być zaświadczenie o braku przeciwwskazań do korzystania z określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych w uzdrowisku.

Jeżeli nie zgadzasz się z treścią takiego orzeczenia lub opinii, a postępowanie odwoławcze w odniesieniu do opinii i orzeczeń nie jest uregulowane w odrębnych przepisach prawa, możesz wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Sprzeciw należy wnieść w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o Twoim stanie zdrowia.

Wszelkie praktyczne informacje, a także przykładowy katalog opinii lub orzeczeń lekarskich, od których możesz wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej, znajdziesz na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta (www.gov.pl/web/rpp/sprzeciw-wobec-opiniiorzeczenia-lekarza).

Czym jest prawo do dokumentacji medycznej?

Masz prawo do dostępu do swojej dokumentacji medycznej, czyli dokumentów dotyczących Twojego stanu zdrowia i udzielonych Ci świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja może być udostępniona:

1. do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. podczas leczenia szpitalnego możesz na bieżąco zapoznawać się z wynikami swoich badań);
2. poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku;
3. poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (o ile zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie Twojego życia lub zdrowia);
4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5. na informatycznym nośniku danych.

PAMIĘTAJ! Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnienia dokumentacji medycznej również osobie przez Ciebie upoważnionej.

WAŻNE! Pierwsza kopia dokumentacji jest wydawana nieodpłatnie Tobie, Twojemu przedstawicielowi ustawowemu lub osobie, którą wskazałeś jako uprawnioną do jej otrzymania.



Zgodnie z przepisami po śmierci pacjenta placówka medyczna, poza dotychczas uprawnionymi osobami (czyli osobami upoważnionymi przez pacjenta za życia oraz przedstawicielem ustawowym), ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną osobom bliskim, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu za życia sam pacjent.

Musisz też wiedzieć, że sprzeciw złożony przez pacjenta lub osobę bliską należy dołączyć do dokumentacji medycznej. Jeżeli został zgłoszony ustnie – należy odnotować ten fakt również w dokumentacji medycznej.

Czym jest prawo do poszanowania intymności i godności?

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane z poszanowaniem Twojej intymności i godności.

Personel medyczny ma obowiązek odnosić się do Ciebie z szacunkiem i zrozumieniem. Podczas czynności medycznych masz prawo do intymności, nie może w czynnościach medycznych uczestniczyć ktoś spoza personelu, np. inni pacjenci. Miejsce, w którym są Ci udzielane świadczenia także powinno gwarantować poszanowanie Twojej intymności.

Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Masz też prawo, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych towarzyszyła Ci osoba bliska (członek rodziny lub inna wskazana przez Ciebie osoba).



PAMIĘTAJ! Jako rodzic masz prawo być obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych Twojemu dziecku.

Personel medyczny może odmówić obecności osoby bliskiej jedynie w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na Twoje bezpieczeństwo zdrowotne. Taka odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

Pamiętaj też, że nie musisz cierpieć z bólu. Masz prawo do jego łagodzenia.

Co oznacza prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego?

Przebywając w szpitalu masz prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

Prawo to przysługuje Ci również, jeżeli przebywasz w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym lub rehabilitacji leczniczej czy hospicjum.

Masz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych – w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Prawo to daje możliwość m.in. towarzysze-

nia pacjentce przy porodzie czy przebywania rodziców z dzieckiem podczas jego hospitalizacji.

Jeżeli realizacja tego prawa wiąże się z kosztami, jakie musi ponieść szpital lub inny podmiot udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, może on pobrać opłatę rekompensującą rzeczywiste koszty. Informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i podlega udostępnieniu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nie podlega natomiast opłatom pobyt wraz z pacjentem małoletnim (lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności) jego przedstawiciela ustawowego (albo opiekuna faktycznego).

Czym jest prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej?

Przebywając w szpitalu lub w innym podmiocie udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych (tj. zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym lub rehabilitacji leczniczej czy hospicjum) masz prawo do opieki duszpasterskiej (np. udziału w miarę możliwości w nabożeństwach w szpitalnej kaplicy czy przyjmowanie duchownego w sali chorych).

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia wskazane podmioty lecznicze mają obowiązek umożliwić Ci kontakt z duchownym Twojego wyznania.

O czym mówi prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie?

Szpital oraz każdy inny podmiot udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych mają obowiązek zapewnić Ci bezpłatne przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie.

Przebywając w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych masz prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie.



PAMIĘTAJ, aby po pozostawieniu rzeczy w depozycie odebrać kartę depozytową, która jest potwierdzeniem ich przechowywania przez podmiot leczniczy.

Koszty realizacji prawa do depozytu ponosi ta placówka, w której pacjent przebywa. W przypadku gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, osoba wyznaczona przez kierownika zakładu niezwłocznie przyjmuje rzeczy wartościowe do depozytu.

Wydawca

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl
www.gov.pl/rpp



Telefoniczna Informacja Pacjenta

800 190 590

Nawigator to opracowanie w formie pytań i odpowiedzi, które pokazuje jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

W prosty i zrozumiały sposób wyjaśnia skomplikowane kwestie, które często nurtują pacjentów poszukujących drogi do szybkiego uzyskania pomocy i skutecznego leczenia.

To ważne, by Pacjent był świadomy swoich praw i możliwości, stając się bardziej aktywnym uczestnikiem procesu leczenia. Można tu dowiedzieć się jak działa podstawowa opieka zdrowotna, opieka szpitalna i specjalistyczna, a także opieka nad ciężarną i dzieckiem.

W jasny sposób wyjaśnia zasady refundacji leków oraz wyrobów medycznych. Odpowiada na pytania odnośnie działania transportu sanitarnego i zaświadczeń lekarskich oraz opieki hospicyjnej.

Z *Nawigatora* pacjent dowie się jakie ma prawa, a także jakie badania profilaktyczne może wykonać. To praktyczne i aktualne narzędzie dla pacjentów, ale też nieocenione źródło wiedzy dla pracowników placówek medycznych.

ISBN 978-83-957052-2-9



9 788395 705229