

Szanowni lekarze i lekarki, w związku z pojawiającymi się przypadkami braku weryfikacji prawa pacjenta do otrzymania recept refundowanych, uprzejmie przypominamy o konieczności **každorazowego** weryfikowania tego prawa w systemie EWUŚ (wniosek o dostęp w SNRL/Portal Personelu) lub przyjmowania od pacjentów pisemnego oświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnego z wzorem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10 marca 2015r w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

WZÓR

OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

| I. Składający oświadczenie | | | |
|--|--|---|---------|
| 1. Imię i nazwisko | | | |
| 2. Adres zamieszkania | | ulica | nr domu |
| | | kod i miejscowość | |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany) | | | |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ¹⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ²⁾ | |
| rodzaj | | | |
| seria i numer | | | |
| II. Treść oświadczenia | | | |
| Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie | | 2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) | |
| | | 3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ³⁾ | |
| | | od (rrrr/mm/dd) do (rrrr/mm/dd) | |
| III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.): | | | |
| <input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁵⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁶⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷⁾ | | | |
| IV. Świadczeniodawca ⁸⁾ przyjmujący oświadczenie | | | |
| Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem. | | | |
| 1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia | | 2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy | |
| | | 3. Data (rrrr/mm/dd) | |