

**WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO,
RATOWNICTWA I ZDROWIA
STAROSTWA POWIATOWEGO
W OLEŚNIE**

INFORMATOR

**OPIEKA ZDROWOTNA
W POWIECIE OLESKIM**

W 2020 ROKU



Przedkładamy Państwu informator „Opieka zdrowotna w powiecie oleskim w 2020 roku”.

W części pierwszej informatora pn. „ABC OPIEKI ZDROWOTNEJ” znajdują Państwo niezbędne informacje o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Część druga zawiera ważne dla pacjentów informacje dotyczące publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które na podstawie podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia prowadzą działalność na terenie powiatu oleskiego.

Starosta Oleski
Roland Fabianek

REMONT W OLESKIM SZPITALU

W związku z trwającym na terenie ZOZ w Oleśnie remontem, który obejmuje izolatki serdecznie przepraszamy pacjentów oraz odwiedzających za wszelkie utrudnienia i niedogodności wynikające z tej sytuacji.

*Opracowano na podstawie materiałów opublikowanych przez Opolski Oddział
Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (źródło: www.nfz-opole.pl)*

ABC OPIEKI ZDROWOTNEJ

Aktualności - nowości

Od 13 listopada 2018 roku w całym kraju, we wszystkich OW NFZ rusza Telefoniczna Informacja Pacjenta – jeden wspólny numer telefonu dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

800 190 590 to dotychczasowy numer bezpłatnej ogólnopolskiej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta. TIP- Telefoniczna Informacja Pacjenta będzie jednocześnie obsługiwana przez kilkudziesięciu pracowników oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Nowy jednolity numer w całym kraju zastępuje kilkanaście numerów funkcjonujących do tej pory w oddziałach wojewódzkich Funduszu. Gwarantuje on uzyskanie szybkiej, kompleksowej i przejrzystej informacji dotyczącej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Dzwoniąc pod numer **800 190 590** będzie można dowiedzieć się m.in. jak uzyskać kartę EKUZ, jakie prawa przysługują osobie ubezpieczonej, gdzie znajduje się najbliższy szpital, w jaki sposób można zgłosić naruszenie praw pacjenta czy też jakich formalności należy dopełnić by skorzystać z leczenia uzdrowiskowego.

INFORMACJE OGÓLNE

LECZENIE W UNII EUROPEJSKIEJ

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jest dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w innych państwach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG).

Uwaga: EKUZ nie jest dowodem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Oznacza to, że osoba ubezpieczona w NFZ może posługiwać się EKUZ wyłącznie w innych państwach członkowskich.

Na EKUZ znajdują się następujące informacje:

- imię;
- nazwisko;
- data urodzenia;

- PESEL,
- numer identyfikacyjny instytucji, która wydała Kartę;
- numer identyfikacyjny Kart,
- data ważności Karty.

Są to jedyne dane zawarte na Karcie. Każde państwo członkowskie wydaje Kartę we własnym języku urzędowym, zawierającą ten sam zestaw danych.

Wnioski i informacje można pobierać i uzyskać na parterze Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu ul. Głogowska 37.

Więcej informacji na stronie:

<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-wyrobic-karte-ekuz>

Do dyspozycji ubezpieczonych oraz świadczeniodawców są czynne telefony:

- **Punkt Obsługi Pacjenta tel.: 77/40-20-100 do 103,**
- **Wydział Spraw Ubezpieczonych tel.: 77/40-20-161 do 163,**
- **Wydział ds. Służb Mundurowych tel.: 77/40-20-185 do 186.**

AKTUALNOŚCI – NOWOŚCI

Od 12 stycznia 2017 r. zmiany w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej

Wprowadzane zmiany ułatwią dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ): pacjentom, którzy posiadają prawo do świadczeń, chociaż system eWUŚ tego nie potwierdza, pacjentom, którzy – mimo że posiadają potencjalne prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – nie są do niego zgłoszeni.

W obu sytuacjach pacjenci (lub ich opiekunowie prawni) będą mogli złożyć oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej i uzyskać nieodpłatnie poradę lekarską (w tym podstawowe badania laboratoryjne związane z realizacją świadczeń z zakresu POZ). **Koszty tych świadczeń pokryje Narodowy Fundusz Zdrowia.** Lekarz będzie mógł tym pacjentom wystawić recepty, jakie otrzymują osoby posiadające prawo do świadczeń. Jednak jeśli osoba, której wystawiono receptę, pomimo złożenia przez nią oświadczenia okaże się nieubezpieczona, będzie musiała ponieść koszty refundacji.

Nowe przepisy wprowadzają również możliwość wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Skorzystanie z niej zagwarantuje pacjentom, że NFZ nie będzie dochodził od nich należności za udzielone świadczenia, jeżeli jedyną przyczyną

braku prawa do świadczeń w chwili ich uzyskania był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Od 1 stycznia 2017 r. rozszerzeniu uległ krąg osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu przypomina, że w związku z opublikowaniem w dniu 17 listopada 2016 r. ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860)", która zgodnie z § 18 wprowadza m.in. zmianę w ustawie z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 i 1807), rozszerzeniu uległ krąg osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach o kobiecie w ciąży i świadczeniobiorców do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadających odpowiednie zaświadczenie. Wobec powyższego uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością od 1 stycznia 2017 r. posiadają następujące osoby:

- świadczeniobiorcy posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”,
- świadczeniobiorcy posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu”,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatanci,
- **kobiety w ciąży,**
- **świadczeniobiorcy do 18 roku życia, posiadający zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Należy zauważyć, że osób tych nie wpisuje się na listy oczekujących.

1 stycznia 2016 r. wszedł w życie obowiązek prowadzenia książeczki zdrowia dziecka według nowego wzoru. Wzór określony został w załączniku 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

O Szybkiej Terapii Onkologicznej

Pacjenci onkologiczni – ze względu na rodzaj schorzenia – muszą być otoczeni szczególną opieką. W ich przypadku czas ma bardzo duże znaczenie. To, czy pacjent chory na nowotwór złośliwy przeżyje, zależy przede wszystkim od wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stadium. Dlatego od 1 stycznia 2015 roku pacjenci z podejrzeniem nowotworu są leczeni w ramach szybkiej terapii onkologicznej.

Szybka terapia onkologiczna to nowe rozwiązanie organizacyjne, mające na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia.

Jest przeznaczona dla wszystkich pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy.

Pakiet onkologiczny to potoczne określenie aktów prawnych wprowadzających szybką terapię onkologiczną. W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Zmiany wprowadzone przez pakiet zapewniają pacjentom z nowotworami złośliwymi kompleksową opiekę na każdym etapie choroby. Czas oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenia specjalistyczne nie wydłuży się, ponieważ zmiany dotyczą pacjentów onkologicznych, dla których powstaje osobna lista oczekujących na Nielimitowane świadczenia.

Szybka terapia onkologiczna ma poprawić dostępność diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych i usystematyzować proces diagnostyczno-terapeutyczny. Będzie to możliwe dzięki wprowadzeniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz wyznaczeniu maksymalnych terminów na realizację poszczególnych etapów leczenia. Zniesienie limitów na diagnostykę i leczenie nowotworów ma usprawnić ten proces.

Korzyści, które przyniesie wdrożenie pakietu onkologicznego:

- skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu;
- uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta;
- wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia;

- zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych;
- obniżenie kosztów leczenia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium.

Jak rozpocząć leczenie w ramach szybkiej terapii onkologicznej?

Pierwszym krokiem do diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej jest zgłoszenie się pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który przeprowadzi dokładny wywiad, oceni dolegliwości pacjenta i w razie potrzeby zleci wykonanie niezbędnych badań. Jeśli na tej podstawie stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego, skieruje pacjenta do specjalisty właściwego ze względu na umiejscowienie nowotworu lub do onkologa. W tym celu lekarz POZ wystawi pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego może wydać także lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), jeśli zdiagnozuje nowotwór złośliwy u pacjenta, którego leczy. Pacjent może otrzymać kartę także w szpitalu – jeśli w wyniku hospitalizacji (nawet niezwiązanej z chorobą nowotworową) zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W takim przypadku warunkiem wydania karty jest potwierdzenie diagnozy. Na tych samych zasadach kartę otrzyma pacjent hospitalizowany z powodu nowotworu.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą otrzymać również pacjenci z chorobą nowotworową, którzy rozpoczęli leczenie przed 1 stycznia 2015 r. W ich przypadku kartę będzie wystawiał lekarz prowadzący leczenie w szpitalu. Dzięki temu przechodzą płynnie do nowego systemu.

ZINTEGROWANY INFORMATOR PACJENTA

ZIP - jest ogólnopolskim serwisem udostępniającym od 1 lipca 2013 roku zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu świadczeń, gromadzonych od 2008 r. przez NFZ.

Z dniem 7 grudnia 2013 r. wdrożano nowe funkcjonalności systemu ZIP – nadawanie loginów i hasło dla dzieci. Login i hasło może odebrać rodzic, który zgłosił dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego.

ZIP składa się z czterech głównych części – Serwisu informacyjnego TWÓJ PORTAL; Informatora GDZIE SIĘ LECZYĆ, REJESTRU USŁUG MEDYCZNYCH oraz zakładki PRAWO DO ŚWIADCZEŃ. We wszystkich zakładkach, z wyjątkiem Twój Portal, użytkownik znajdzie informacje na temat niezrozumiałych terminów. Informacja ta jest zamieszczona pod hasłem „pomoc i przewodnik”.

Jak uzyskać dostęp do ZIP?

Rejestracja, jak i korzystanie z serwisu są bezpłatne! Wniosek rejestracyjny można wypełnić elektronicznie na stronie: <https://zip.nfz.gov.pl> wybierając opcję zarejestruj się i wypełniając wniosek rejestracyjny, aby dokonać rejestracji w Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ konieczne jest posiadanie przy sobie **dowodu osobistego** lub **paszportu**.

INFORMACJA NA TEMAT DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PRAWO DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

EWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Informacje zgromadzone w systemie eWUŚ są aktualizowane codziennie wg danych otrzymywanych m.in. z ZUS i KRUS i przedstawiają stan uprawnień

W przypadku, kiedy dziecko do 18 r.ż. jest członkiem rodziny nieubezpieczonej, za jego leczenie zapłaci budżet państwa. Tylko wtedy jednak, gdy dziecko jest obywatelem polskim.

Członkami rodziny są:

- rodzice i dziadkowie, jeżeli nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym,
- małżonkowie,
- dzieci, własne i przysposobione, wnuki, dzieci obce dla których ustanowiono opiekę albo
- w ramach rodziny zastępczej do ukończenia przez nie 18 lat. Jeżeli kształcą się dalej, do ukończenia 26 lat. Jeśli dziecko posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku.

Od 1 stycznia 2013 roku, jeżeli jesteśmy osobami ubezpieczonymi, mamy obowiązek poinformować swojego płatnika składek (np. pracodawcę) o członkach naszej rodziny, których należy zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego, np. nowo narodzonego dziecka. Jest na to **7 dni od dnia jego narodzin**. Pamiętajmy to nasz ustawy obowiązek!

Zgłoszenie dziecka do ubezpieczenia jest obowiązkiem ustawowym. Jeżeli dziecko jest członkiem rodziny ubezpieczonego i zostało zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do świadczeń finansowanych przez NFZ.

Jeżeli dziecko nie ukończyło 3 miesiąca życia i nie ma jeszcze nadanego numeru PESEL, przychodząc z nim do lekarza podajemy w rejestracji swój numer PESEL.

Podczas wizyty u lekarza istnieje konieczność posiadania przy sobie lub znajomości numeru NIP zakładu pracy (przy korzystaniu ze zwolnienia lekarskiego), natomiast podczas wizyty z dzieckiem nieletnim numeru PESEL dziecka.

Jeżeli mamy problem lub wątpliwości związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń, dzwonimy:

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

centrala: 77/40 20 100

fax.: 77/40 20 101

email: sekretariat@nfz-opole.pl

Telefoniczna Informacja Pacjenta :

800 190 580

INFORMACJE DODATKOWE

Zagrożenie życia i stany nagłe

W sytuacji nagłego zachorowania lub zagrożenia życia pacjent ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych bez skierowania w szpitalnych izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Należy pamiętać, że miejsca te służą do ratowania życia, a nie do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych, które można otrzymać, w trybie ambulatoryjnym u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty.

Jeżeli znajdziemy się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, należy wezwać pogotowie ratunkowe, dzwoniąc:

- na numer **999** lub **112**- europejski numer alarmowy.

Najważniejsze informacje, które należy podać po zgłoszeniu dyspozytora:

- dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- powód wezwania - co się stało (rodzaj zdarzenia, zachorowania, liczba poszkodowanych)
- kto potrzebuje pomocy (imię nazwisko, wiek, płeć)
- kto wzywa zespół ratownictwa medycznego (imię i nazwisko, numer telefonu).

Ponadto należy odpowiadać dokładnie na zadane przez dyspozytora pytania. W określonych przypadkach należy bezwzględnie dostosować się do zaleceń

dyspozytora w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Wezwanie przyjęte do realizacji ma zostać potwierdzone przez dyspozytora słowami: „wezwanie przyjęte”.

Ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego nie należy korzystać w celu uzyskania:

- recepty na stosowane przewlekłe leki
- konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych, poza niezbędnymi w danym momencie
- zwolnienia lekarskiego
- wniosku do ZUS
- skierowania do sanatorium oraz innych zaświadczeń i druków medycznych niezwiązanych z aktualnym zachorowaniem.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.

Jeżeli pacjent zdecyduje się na uzyskanie porady medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej, nieposiadającym z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń, musi liczyć się z koniecznością uiszczenia opłaty za udzielone świadczenia i ewentualne badania diagnostyczne. Jedynie w przypadkach nagłych pacjent ma prawo do refundacji przez Fundusz kosztów niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych przez lekarza lub zakład opieki zdrowotnej, który nie jest związany umową z Funduszem, wówczas gdy wykaże, iż nie miał innej możliwości uzyskania pomocy.

Leki i ich refundacja

Receptę na lek wystawia lekarz. Pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne. Receptę może wystawić również lekarz, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawienia recept podlegających refundacji.

Listę leków i wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ ustala i zatwierdza Minister Zdrowia. Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

www.mz.gov.pl/leki/refundacja/poziomy-odplatnosci

Refundacji podlegają:

- podstawowe leki ratujące życie lub niezbędne do odpowiedniej terapii
- leki wspomagające lub uzupełniające działanie leków podstawowych, odpłatność za nie wynosi 30 % lub 50% ceny leku do wysokości limitu

- leki i wyroby medyczne stosowane w przypadku wybranych chorób przewlekłych, które są najczęściej bezpłatne, niektóre wydawane za odpłatnością ryczałtową, 30% lub 50%
- leki recepturowe sporządzane z surowców farmaceutycznych oraz leków gotowych zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, jeżeli ich dawka przepisana przez lekarza jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie. Odpłatność za nie jest ryczałtowa (jeśli lek sporządzono z surowców wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia).

Finansowanie leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce oraz w Unii Europejskiej

W sytuacjach wyjątkowych, ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego, refundowane mogą być leki sprowadzane z zagranicy. Pacjent ubiegający się o refundację tego typu leku musi wystąpić do NFZ za pośrednictwem oddziału wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Wniosek, wystawiony przez lekarza leczącego wraz z zaświadczeniem Konsultanta Wojewódzkiego właściwego ze względu na schorzenie pacjenta uzasadniającym potrzebę stosowania leku, musi być podpisany przez Ministra Zdrowia.

Ważne:

Farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptie (leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym), którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał na receptie adnotację „nie zamieniać”.

Termin realizacji recepty:

- nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki oraz recepty wystawionej w ramach pomocy doraźnej
- nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia dla pozostałych recept
- nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, jak również na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta
- nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

Uprawnienia dodatkowe

Istnieją następujące kategorie dodatkowych uprawnień przysługujących pacjentom uprzywilejowanym:

- IB (Inwalida Wojenny) - inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem leków recepturowych, które wydawane są na podobnych zasadach jak dla ubezpieczonych
- IW (Inwalida Wojskowy) - inwalidom wojskowym oraz niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatnie do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z listy podstawowej i uzupełniającej
- ZK (Zasłużony Honorowy Dawca Krwi, Zasłużony Honorowy Dawca Przeszczepu) - Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej bezpłatnie do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi, Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów
- PO - osoby wykonujące powszechny obowiązek obrony otrzymują bezpłatnie i bez dopłaty do limitu wszystkie leki z listy podstawowej i uzupełniającej oraz leki recepturowe
- AZ - uprawnieni pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest otrzymują bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie wyszczególnione w osobnym wykazie
- CN - nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu lub położu otrzymują leki i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i położem na takich samych zasadach jak inni ubezpieczeni
- DN - nieubezpieczeni do ukończenia 18 roku życia mają prawo do świadczeń na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych
- IN - osoby nieubezpieczone mające prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.

Ważne:

- osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki zobowiązane są do przedstawienia lekarzowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienia
- osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki przy realizowaniu recepty muszą przedstawić dokument potwierdzający te uprawnienia. Farmaceuta obowiązany jest do odnotowania na odwrocie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna (historia zdrowia i choroby, historia choroby – dokumentacja indywidualna wewnętrzna) jest własnością zakładu opieki zdrowotnej. Każdy ZOZ ma jednak obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta lub upoważnionym organom. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

Zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta
- zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych
- właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru
- Ministrowi Zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem
- rejestrom usług medycznych w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów
- zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania

nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Ważne:

Dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

Formy udostępniania:

- wgląd w zakładzie opieki zdrowotnej
- sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii
- na nośniku elektronicznym, jeżeli zakład prowadzi dokumentację w formie elektronicznej
- przez wydanie oryginałów (tylko na żądanie sądów i prokuratur) za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Transport sanitarny

Transport sanitarny dzielimy następująco:

- transport systemu ratownictwa medycznego,
- transport sanitarny w POZ (w podstawowej opiece zdrowotnej - lekarz rodzinny),
- transport sanitarny „daleki” w POZ,
- transport sanitarny karetką „N”.

Transport systemu państwowego ratownictwa medycznego – obejmujący karetki pogotowia – realizuje zadania w ramach systemu ratownictwa medycznego wynikające z Ustawy o Ratownictwie Medycznym, a więc związane bezpośrednio z ratowaniem życia w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Oznacza to, że karetka pogotowia przyjeżdża na miejsce wezwania, zaopatruje chorego, tzn. udziela pierwszej pomocy i gdy jest taka potrzeba, zawozi chorego do szpitala. Pamiętajmy, że w takich przypadkach, kiedy konieczna jest interwencja zespołu ratownictwa medycznego, a w jej wyniku pacjent zostaje odwieziony do szpitala, nie ma on wpływu na to, do jakiego szpitala zostanie przewieziony. Udzielający pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego transportuje bowiem osobę chorą do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub też do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo lekarza koordynatora medycznego.

Karetka Pogotowia Ratunkowego nie może być używana do transportu sanitarnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje bowiem ustawowy zakaz używania karetek pogotowia do innych celów niż ratunkowe.

Podział Zespołów Ratownictwa Medycznego:

- „S” – specjalistyczny (dawna „R”), w skład którego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz oraz pielęgniarka systemu ubezpieczenia zdrowotnego lub ratownik medyczny. Działaniami zespołu kieruje lekarz;
- „P” – podstawowa (dawna „W”), w skład której wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; główną zasadą jest tu „load and go” (dosł. załaduj i jedź) – a więc jak najszybsze przetransportowanie chorego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

Karetką Pogotowia Ratunkowego służy do transportowania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po odebraniu zgłoszenia (wezwania pod numerem telefonu 999 lub 112) i przeprowadzeniu wywiadu dyspozytor pogotowia ocenia sytuację oraz decyduje, który zespół ratownictwa medycznego wysłać.

Ważne:

W przypadku wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wezwij Pogotowie Ratunkowe, nawet jeśli w pobliżu twojego domu znajduje się szpital, może się bowiem okazać, że szpital ten nie będzie w stanie udzielić ci specjalistycznej pomocy, jeśli takiej będzie wymagał twój stan zdrowia.

Transport sanitarny w POZ

Transport sanitarny w POZ przysługuje pacjentom w następujących sytuacjach:

- gdy zachodzi konieczność podjęcia leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej leczącym określone schorzenie (z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia),
- dla zachowania ciągłości leczenia (gdy proces leczenia realizowany jest przez lekarza POZ).

Świadczenie transportu sanitarnego w POZ obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem. Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego podejmuje lekarz. On też ocenia, czy transport będzie bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny. Jeżeli transport ma być częściowo lub całkowicie odpłatny, lekarz umieszcza stosowną informację na zleceniu.

Ważne:

Świadczenia transportu sanitarnego w POZ realizowane są jedynie przy wykorzystaniu ambulansów drogowych.

Odpłatność:

- transport bezpłatny przysługuje osobom z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego bez względu na schorzenie pacjenta,

transport częściowo lub pełnopłatny przysługuje osobom ze schorzeniami, u których nie występuje niepełnosprawność wynikająca z dysfunkcji narządu ruchu.

Wykaz jednostek chorobowych uprawniających świadczeniobiorcę do ubiegania się o możliwość skorzystania z przejazdu środkami transportu sanitarnego dla celów medycznych (z wyjątkiem stanów nagłego zagrożenia lub życia) za pełną lub częściowo odpłatnością:

- choroby krwi i narządów krwiotwórczych,
- choroby nowotworowe,
- choroby oczu,
- choroby przemiany materii,
- choroby psychiczne i zaburzenia zachowania,
- choroby skóry i tkanki podskórnej,
- choroby układu krążenia,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby układu nerwowego,
- choroby układu oddechowego,
- choroby układu ruchu,
- choroby układu trawiennego,
- choroby układu wydzielania wewnętrznego,
- choroby zakaźne i pasożytnicze,
- urazy i zatrucia,
- wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

W zależności od wskazań medycznych, określa się dwa stopnie niesprawności:

- niesprawność I stopnia, do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego. Tu pacjent ponosi pełny koszt przewozu środkiem transportu sanitarnego (100 %),
- niesprawność II stopnia – do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub wymagającą

korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.
W tym przypadku udział pacjenta w kosztach transportu wynosi 60 %.

Ważne:

Czasami miejsce udzielenia świadczenia wskazane w skierowaniu na transport sanitarny nie jest tym najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie. Wówczas chory pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym, a docelowym.

Transport sanitarny daleki w POZ

Pacjenci mogą także w szczególnych przypadkach korzystać z tzw. transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ. O możliwości skorzystania z takiego transportu pacjent lub jego rodzina musi wystąpić z wnioskiem do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Wniosek należy złożyć w tym oddziale, do którego „należy” pacjent. W każdym przypadku lekarz rodzinny potwierdza zasadność realizacji tzw. transportu dalekiego i wskazuje, kto ma zrealizować przewóz. Dyrektor Oddziału NFZ, po rozpatrzeniu wniosku, wydaje pisemną zgodę na transport lub jej odmawia.

Z transportu „dalekiego” w POZ pacjent może skorzystać w następujących sytuacjach:

- gdy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, jego stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania pacjenta,
- gdy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w zagranicznym szpitalu, stan zdrowia pacjenta pozwala na uzyskanie wypisu, ale wymaga on kontynuacji leczenia w kraju i oczywiście nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W tym przypadku pacjent jest przewożony do szpitala, który jest położony najbliżej jego domu i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia.

Ważne:

W dwóch powyższych przykładach do wniosku należy dołączyć zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie

- gdy, z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej, jednak najbliższa taka poradnia położona jest w odległości przekraczającej łącznie „tam i z powrotem” 120 km, a ogólny stan zdrowia pacjenta nie pozwala mu na samodzielne dotarcie do poradni. Tu transport przysługuje z miejsca zamieszkania pacjenta do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli mu świadczeń w potrzebnym zakresie i z powrotem
- gdy pacjent musi korzystać z wyspecjalizowanych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych jedynie przez niektóre poradnie, a odległość do poradni z miejsca zamieszkania pacjenta w sumie przekracza „tam i z powrotem” 120 km oraz jego ogólny stan zdrowia nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Wtedy transport przysługuje od domu chorego do poradni i z powrotem.

Ważne:

z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie.

Zespół sanitarny typu „N” (neonatologiczny) udziela świadczeń w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym wykonuje transport sanitarny chorego noworodka, w szczególności, kiedy występuje niewydolność oddechu wymagająca sztucznej wentylacji, przy niewydolności układu krążenia, w stanie po operacjach chirurgicznych lub w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym zakładzie opieki zdrowotnej, a także przewozi noworodki wymagające transfuzji wymiennej. Również drgawki lub niska waga urodzeniowa są podstawą do skorzystania ze świadczeń transportu sanitarnego typu „N”. W przypadkach uzasadnionych medycznie dopuszcza się także transport z wykorzystaniem inkubatora dziecka chorego do 25 tygodnia w stanach chorobowych jak wyżej. Zespół sanitarny typu „N” nie jest zespołem działającym w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Składanie skarg i wniosków

Jeżeli ubezpieczony uzna, że jego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane w sposób zadowalający, może złożyć skargę. Każda instytucja powinna umieścić w widocznym miejscu informację o dniach i godzinach przyjęć w sprawach skarg i wniosków.

W przypadku, gdy:

- skarga dotyczy niewłaściwego postępowania pracownika zakładu opieki zdrowotnej, należy interweniować bezpośrednio u przełożonego, w szpitalu jest

nim ordynator, natomiast w przychodni - kierownik. Skargę pacjent może skierować również do dyrektora zakładu opieki zdrowotnej. Jest to najszybsza droga do wyjaśnienia sytuacji będącej przedmiotem skargi

- skarżący nie jest zadowolony ze sposobu załatwienia sprawy, wówczas po pomoc może zwrócić się do Oddziału Wojewódzkiego NFZ lub Rzecznika Praw Pacjenta przy Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ
- pacjent uważa, iż personel medyczny popełnił błąd w procesie leczenia bądź postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej, instytucją kompetentną do rozpatrzenia sprawy jest Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej. W kwestii zastrzeżeń do pracy pielęgniarek lub położnych skargę pacjent może skierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona. Nie kwalifikuje się jako skargi pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

Zasady postępowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

Świadczeniodawca to podmiot udzielający świadczeń – gabinet, poradnia, przychodnia, szpital itp. - mający umowę z NFZ. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń, za powstałe w związku z tym szkody, za podawanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez siebie pacjentom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Obowiązki świadczeniodawcy:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej
- zapewnianie pacjentom wszystkiego, co potrzebne w trakcie leczenia
- przestrzeganie praw pacjenta
- osobiste wykonywanie świadczeń przez uprawnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje osoby
- udzielanie świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających określonym wymaganiom, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku

- podanie do wiadomości pacjentów, w widocznym miejscu, informacji o godzinach i miejscach oraz o personelu udzielającym świadczeń. Miejsce to należy oznaczyć tablicą ze znakiem graficznym NFZ. W przypadku, gdy w jednym budynku są także inne podmioty, znak graficzny NFZ powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy z Funduszem
- podanie do wiadomości pacjentów: trybu składania skarg i wniosków, wykazu praw pacjenta; numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”; adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie
- rejestracja pacjentów na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej
- przyjmowanie pacjentów w ustalonym terminie (w razie zmiany terminu, należy poinformować pacjenta o tej zmianie w każdy dostępny sposób)
- prowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą i stosownymi przepisami.

Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ
- za badania diagnostyczne płaci świadczeniodawca, który na nie kieruje. Badanie diagnostyczne należy wykonać na skierowanie od lekarza i w miejscu przez niego wskazanym. Inaczej odbędzie się ono na koszt pacjenta
- lekarz kierując pacjenta do poradni specjalistycznej lub do szpitala dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, a także istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu
- w razie braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, lekarz może skierować pacjenta do innego specjalisty tej samej specjalności, uwzględniając dotychczasowe wyniki badania i leczenia
- lekarz w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod opieką którego znajduje się pacjent, o rozpoznaniu,

- sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej na podstawie informacji od lekarza z poradni specjalistycznej
- skierowanie na dodatkowe lub kontrolne badania diagnostyczne potrzebne w leczeniu specjalistycznym wystawia lekarz prowadzący leczenie specjalistyczne
- w przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne badania diagnostyczne i konsultacje
- w czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz nie może mu wystawiać recept na leki ani zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także po udzieleniu świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć, Świadczeniodawca wydaje pacjentowi kartę informacyjną, o ile są w niej zalecone także: skierowanie na świadczenia zdrowotne, recepty na leki, zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz zlecenie na transport.

Prawa pacjenta

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonym w ustawie zdrowotnej.

Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności.

Zakład opieki zdrowotnej

- W zakładzie opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do:
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń

- udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym
- informacji o swoim stanie zdrowia
- wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji
- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych
- udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana
- zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby
- dostępu do informacji o prawach pacjenta.

Zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń przez całą dobę

W zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo - opiekuńczym pacjent przyjęty do tego zakładu ma prawo do:

- zapewnienia mu środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia opieki duszpasterskiej oraz dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz
- wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie.

Pogotowie ratunkowe

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia.

Opieka lekarska

- Pacjent ma prawo do:
- udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością

- uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki
- uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
- decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta
- wyrażenia zgody lub odmowy na przeprowadzenie badania lub zabiegu operacyjnego, albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko
- poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta
- decydowania o uczestniczeniu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób innych niż niezbędny personel medyczny
- wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego
- wiedzy o zamiarze lekarza o odstąpieniu od leczenia pacjenta i wskazania mu realnych możliwości leczenia się u innego lekarza
- decydowania o podaniu przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

**Opolski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w Opolu
ul. Głogowska 37
45-315 Opole**

**WYKAZ PLACÓWEK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POWIECIE OLESKIM W 2020 ROKU
W OPARCIU O KONTRAKTY ZAWARTE Z OPOLSKIM ODDZIAŁEM
WOJEÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

PUBLICZNE ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46-300 Olesno, ul. Klonowa 1

tel.34/350-96-62, fax: 34/358-28-55

e-mail: zoz@cz.onet.pl, dmo@szpitalolesno.pl

www.szpitalolesno.pl

Rejestracja centralna

czynna:

tel.: 34/3509665,34/3509652

poniedziałek-piątek 7²⁵ - 18⁰⁰

Sekretariat

tel.: 34/350-97-00

Naczelną Pielęgniarką

tel.: 34/350-96-15

Biuro wypisów

tel.: 34/350-97-21

Szpitalny Oddział Ratunkowy

konsola szpitalnego oddziału ratunkowego
rejestracja

tel.: 34/350-96-34

czynna:

tel. 34/ 350-96-65

Izba Przyjęć

poniedziałek-piątek 7²⁵ - 18⁰⁰

Oddział Izby Przyjęć

tel.: 34/350-96-64

tel.: 34-350-96-22

Oddział Wewnętrzny:

ordynator

tel.: 34/350-96-19

lekarz dyżurny

tel.: 34/350-96-55

lekarze asystenci

tel.: 34/350-96-54

pielęgniarka oddziałowa

tel.: 34/350-96-25

pokój pielęgniarski

tel.: 34/350-96-91

Oddział Chirurgii Ogólnej

ordynator

tel.: 34/350-96-11

lekarze asystenci

tel.: 34/350-96-61

pielęgniarka oddziałowa

tel.: 34/350-96-07

pokój pielęgniarski

tel.: 34/350-96-31

Oddział Ortopedii

lekarze

tel.: 34/350-96-48

ordynator

tel.: 34/350-96-44

pokój pielęgniarski

tel.: 34/350-96-60

pielęgniarka oddziałowa

tel.: 34/350-96-81

Oddział Ginekologiczno – Położniczy

ordynator tel.: 34/350-97-23
lekarz dyżurny tel.: 34/350-96-72
lekarze asystenci tel.: 34/350-96-94
pokój pielęgniarski (ginekologia) tel.: 34/350-96-70
pokój pielęgniarski (położnictwo) tel.: 34/350-96-73
pokój pielęgniarski (noworodki) tel.: 34/350-96-68
blok porodowy tel.: 34/350-96-74

Oddział Dziecięcy

ordynator tel.: 34/350-96-23
lekarz dyżurny tel.: 34/350-96-67
lekarze asystenci tel.: 34/350-96-93
pokój pielęgniarski tel.: 34/350-96-66

Oddział Intensywnej Terapii

lekarz tel.: 34/350-96-77
pielęgniarka oddziałowa tel.: 34/350-96-13
pokój pielęgniarski tel.: 34/350-96-78

Stacja Dializ

ordynator tel.: 34/350-96-69
pokój pielęgniarski tel.: 34/350-96-57
lekarz dyżurny tel.: 34/350-96-38

Blok Operacyjny

pokój pielęgniarski tel.: 34/350-96-39

Poradnie specjalistyczne

Do poradni specjalistycznych rejestracja odbywa się na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Bez skierowania przyjmowani są pacjenci do poradni: ginekologiczno-położniczej, zdrowia psychicznego, onkologa, wenerologa, stomatologa, poradni dla osób chorych na gruźlicę, poradni dla osób zakażonych wirusem HIV.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

Zadaniem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego jest intensywna pielęgnacja połączona z rehabilitacją osób przewlekle chorych. Pacjenci chcący skorzystać z usług ZOL-u muszą wraz z NFZ współfinansować pobyt w zakładzie. Odpłatność została

ustalona, zgodnie z ustawą, na 70 % przyznanej renty lub emerytury, zasiłku stałego lub renty socjalnej.

Aby zostać umieszczonym w ZOL-u, należy złożyć stosowny wniosek. Do wniosku dołącza się zaświadczenie lekarskie, wywiad pielęgniarski, ocenę pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel, dokument stwierdzający wysokość dochodu, dane pacjenta oraz oświadczenie, które zobowiązuje do poinformowania o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Dobrodzieniu. Wnioski można uzyskać u wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Samodzielny Publiczny

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy im. Królowej Karoli

46-380 Dobrodzień, ul. Oleska 5

tel.: 34/351-08-83, 34/357-55-43

email: spzol@op.pl

Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia

46-300 Olesno, ul. Krasickiego 22

tel.: 34/358-40-90

email: poradniauzaleznienia.olesno@poczta.onet.pl

Godziny pracy przychodni:

poniedziałek, piątek	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰
piątek	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰
sobota, niedziela	9 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰

Poradnia udziela porad osobom uzależnionym, rodzinom osób uzależnionych, bądź zagrożonym uzależnieniem.

Celem działalności Przychodni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Oleśnie jest świadczenie usług zdrowotnych w zakresie przewidzianym dla lecznictwa otwartego i promocji zdrowia.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. G. Borowik-Bzdion, J. Idasiak, A. M. Zygmunt

46-300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 34/350-53-70

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

email: przychodniaolesno@onet.eu

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A. Proszewski s.c.

46-300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 34/350-42-61 (rejestracja)

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

email: nzoz@nzoz-aproszewski.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” Dobrodzień

46-380 Dobrodzień, ul. Moniuszki 2, tel.: 34/357-52-75,

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

e-mail: eskulap-nzozdobrodzien@wp.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. R. Stefan, J. Domańska-Dziurkowska

46-310 Gorzów Śląski, ul. Krasickiego 8, tel.: 34/359-44-90, 692-453-646

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

e-mail: tomasz.stefan@wp.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita” M. Nieslony,

F. Nieslony, P. Nieslony

46-310 Gorzów Śląski, Kozłowice, ul. Oleska 5, tel. 34/359-30-15

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek 12⁰⁰ - 16⁰⁰

wtorek, 8⁰⁰ - 12⁰⁰

środa 12⁰⁰ - 16⁰⁰

czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

piątek 12⁰⁰ - 16⁰⁰

e-mail: vitaania@gmail.com.krasickiego

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita”s.c. M. Nieslony, F. Nieslony,

P. Nieslony

46-300 Olesno, ul. Krasickiego 2, tel. 34/358-20-93

przychodnia czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek 9⁰⁰ - 15⁰⁰

wtorek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

środa 9⁰⁰ - 15⁰⁰, 14⁰⁰-18⁰⁰

czwartek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

piątek 9⁰⁰ - 15⁰⁰

e-mail: kontakt@vitaolesno.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rudniki”

46-325 Rudniki, ul. Żeromskiego 1, tel.: 34/359-50-47, 626 217 43 42

przychodnia czynna: poniedziałek-piątek 7³⁰-18⁰⁰

e-mail: nzozrudniki@gmail.com

MARMED

46-325 Rudniki, Żytniów 181, tel.: 34/359-37-21, fax.34/3593721

email:marmedzytniow@gmail.com

przychodnia czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, środa, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

wtorek, czwartek 10⁰⁰ - 17⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” Zębowice

46-048 Zębowice, ul. Murka 3A, tel.: 77/421-60-18

przychodnia czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek 10⁰⁰ - 16⁰⁰

środa, piątek 10⁰⁰ - 16⁰⁰

wtorek 9⁰⁰ - 16⁰⁰

czwartek 8⁰⁰ - 15⁰⁰

wizyty domowe 16⁰⁰- 18⁰⁰

e-mail: wieslawbanczyknzozzdrowie@interia.pl

Marian i Elżbieta Łyczko, Indywidualna Praktyka Lekarsko-Pielęgniarska

46-310 Zdziechowice 16, tel.: 34/359-33-13

czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

e-mail: marian@gmail.com

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „CENTRUM”

46-320 Praszka, ul. Szosa Gańska 3a, tel.: 34/359-11-86

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

e-mail: wasiakgrazyna@poczta.onet.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” Sp. z o.o.

46-320 Praszka, ul. Powstańców Śląskich 8, tel.: 34/359-10-02

czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

e-mail: eskulappraszka@wp.pl

Zakład Usług Medycznych „Medyk” Sp. z o.o.

46-320 Praszka, ul. Fabryczna 14a, tel.: 34/359-01-13/114

przychodnia czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰
e-mail: 53166174000000@zoz.org.pl

NZOZ CYTRAMED Janina Cytrycka

46-331 Radłów, ul. Długa 3, tel.: 34/3599050, 608 017 307

rejestracja 34 3599050, recepty 345065051, telewizyty: 345065052

email: cytramed@wp.pl

ośrodek czynny: 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, czwartek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
wtorek, środa 12⁰⁰ - 18⁰⁰

wizyty domowe: poniedziałek, czwartek, piątek 14⁰⁰ - 16⁰⁰
wtorek, środa 10⁰⁰ - 12⁰⁰

ZOZ Olesno, Podstawowa Opieka Zdrowotna

46-300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 34/350-96-65, 652

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek 12⁰⁰ - 18⁰⁰, środa 11⁰⁰ - 12⁰⁰,
wtorek, czwartek, piątek 13⁰⁰ - 18⁰⁰

NZOZ „Gamed s.c.

46-380 Dobrodzień, ul. Parkowa 2a, tel.: 34/353-65-90, email: gamed@wp.pl

czynne: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

ŚWIADCZENIA PIELEŃNIARSKIE I POŁOŻNICZE

Grupowa Praktyka Pielęgniarska „Higiena szkolna” s.c.

46 - 300 Olesno, Wielkie Przedmieście 41, tel.: 34/359-81-08, 693660234

email: gpp_olesno@wp.pl

poniedziałek-piątek 7⁴⁵ - 15²⁰

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska

Pielęgniarka Środowiskowo - Rodzinna Anna Kamińska

46-325 Rudniki, ul. Wieluńska 29, tel. 607 364 668,

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska

Pielęgniarka Środowiskowo- Ewa Urbańska

46-325 Rudniki, Jaworzno 75, tel. 607 364 609

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Danuta Zadworna

46-320 Praszka, ul. M. C. Skłodowskiej 3/16, tel. 692 476 028

email: zdanuta@wp.pl

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Dorota Włodarska

46-320 Praszka, ul. M. C. Skłodowskiej 5/31, tel.: 692 476 025

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Grażyna Stekman

46-312 Bodzanowice, ul. Powstańców Śląskich 15/2, tel.: 34/359-66-69, 600 216 091

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

*) Indywidualna Praktyka Położnicza Jadwiga Nawrot

46-310 Gorzów Śląski, ul. Kluczborska 10, tel.: 600 369 815

poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 16⁰⁰

**) dane aktualne z 2018 roku, brak możliwości aktualizacji*

Indywidualna Praktyka Położnej Karina Kuś-Jendrak

46-300 Olesno, ul. Krasickiego 2, tel. 663-073-397, email: kkjendrak@gmail.com

praca w gabinecie: poniedziałek-czwartek 8⁰⁰ - 9⁰⁰

piątek 12⁰⁰ - 13⁰⁰

praca w terenie: poniedziałek-czwartek 9⁰⁰ - 18⁰⁰

piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰, 13⁰⁰ - 18⁰⁰

teleporady: poniedziałek- piątek 9⁰⁰ - 9³⁰

KARO POŁOŻNA Karolina Zawilska-Jędruch

46-300 Olesno, ul. Pieloka 4, tel. 660 710 547, email: k.jedruch@nostrada.pl

gabinet czynny: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 10⁰⁰

wizyty patronażowe: poniedziałek-piątek 10⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Położnicza

Ksawera Łęgosz

46-325 Rudniki, Żytniów 181, tel. 34/359-36-41, 603 755 808

godziny pracy w przychodni: 8⁰⁰ - 10⁰⁰

wizyty patronażowe: poniedziałek-piątek 10⁰⁰ - 18⁰⁰

MARIAMED

Maria Kluska-Szmigiel

46-325 Rudniki, Mirowszczyzna 2, tel. 662 244 364

godziny pracy: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

„REMED” Renata Bienias

46-300 Olesno, M. Przedmieście 14, tel. 697 609 701, [email: reniabilienias@poczta.fm](mailto:reniabilienias@poczta.fm)

praca w miejscu zamieszkania chorego w godzinach 8⁰⁰ - 20⁰⁰

Ważne

Ambulatoryjną opiekę zdrowotną
po godzinach pracy POZ, w dni wolne od pracy oraz święta
zapewnia szpital:
ZOZ Olesno, ul. Klonowa 1

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „CENTRUM”

46-320 Praszka, ul. Szosa Gańska 3a, tel.: 34/359-11-86

poradnia alergologiczna czynna:
wtorek 14⁰⁰ - 19⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
piątek 14⁰⁰ - 16⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” sp. z o.o.

46-320 Praszka, ul. Powstańców Śląskich 8, tel.: 34/359-10-02

poradnia ginekologiczna czynna:
poniedziałek, środa,
czwartek, piątek 8⁰⁰ - 15⁰⁰
wtorek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia otolaryngologiczna czynna:
poniedziałek 7³⁰ - 11³⁰,
czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
piątek 16⁰⁰ - 20⁰⁰

poradnia okulistyczna czynna:
poniedziałek 13⁰⁰ - 18⁰⁰
środa 7³⁰ - 11³⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia diabetologiczna czynna:
poniedziałek 15³⁰ - 19³⁰
wtorek 15³⁰ - 19³⁰
czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A. Proszewski s.c.

46-300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel/ fax. 34/350-42-61

email: nzoz@nzoz-aproszewski.pl

poradnia dermatologiczna tel.: 34/350-42-60
czynna:
poniedziałek 11⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, środa, czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

poradnia ginekologiczna tel.: 34/350-42-52
czynna:
poniedziałek, 9⁰⁰ - 17⁰⁰
wtorek, czwartek 12⁰⁰ - 18⁰⁰
środa 9⁰⁰ - 17⁰⁰
piątek 9⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia laryngologiczna tel. 34/350-42-50 (rejestracja ogólna)
czynna:
wtorek 7⁴⁵ - 11⁴⁵
środa 12³⁰ - 18⁰⁰
piątek 11⁴⁰ - 15⁴⁰

poradnia neurologiczna tel.: 34/350-42-57
czynna:
poniedziałek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

wtorek, środa, czwartek 9⁰⁰ - 14⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia okulistyczna
czynna: tel.: 34/350-42-56
poniedziałek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia alergologiczna
czynna: tel.: 34/350-42-50 (rejestracja ogólna)
wtorek, środa 15⁰⁰ - 19⁰⁰
czwartek 8³⁰ - 12⁰⁰

poradnia kardiologiczna
czynna tel.: 34/350-42-50
poniedziałek 8⁰⁰ - 12⁰⁰, 15³⁰ - 20⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰, 15³⁰ - 20⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia psychiatryczna
czynna: tel.: 34/350-42-50 (rejestracja ogólna)
poniedziałek 12⁰⁰ - 20⁰⁰
wtorek 8⁰⁰ - 19³⁰
środa 12³⁰ - 18³⁰
piątek 9⁰⁰ - 20⁰⁰

poradnia endokrynologiczna
czynna: tel. 34/350-42-50
wtorek 16⁰⁰ - 20⁰⁰
czwartek, piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia dziecięca tel. 34/358-24-02
czynna :poniedziałek - piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Pracownia USG

poniedziałek 8⁰⁰ - 12⁰⁰ 15⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek 8⁰⁰ - 12⁰⁰ 16⁰⁰ - 20⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 12⁰⁰ 15⁰⁰ - 17⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰ 16⁰⁰ - 20⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46-300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 34/350-96-65, 34/350-96-52

rejestracja centralna czynna: poniedziałek- piątek 7²⁵ - 18⁰⁰

poradnia kardiologiczna tel.: 34/350-96-59

czynna: poniedziałek 8⁰⁰- 18³⁰
wtorek 8⁰⁰ - 20⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 15⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 18³⁰
piątek 8⁰⁰ - 14³⁰

poradnia diabetologiczna
czynna: tel.: 34/350-96-42
wtorek 10⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 14⁰⁰ - 18³⁰
piątek 14⁰⁰ - 18³⁰

poradnia gruźlicy i chorób płuc
czynna tel.: 34/350-96-89
poniedziałek 15⁰⁰ - 19⁰⁰
wtorek 9⁰⁰ - 10⁰⁰
środa 15³⁰ - 19³⁰
piątek 11⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia chirurgii urazowo- ortopedycznej tel.: 34/350-96-14
czynna: poniedziałek 8⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
środa 11⁰⁰ - 16⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
piątek 08⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia wad postawy tel.: 34/350-96-14
środa 14⁰⁰ - 18⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia preluksacyjna
czynna: tel.: 34/350-96-14
wtorek 12⁰⁰ - 16⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 11⁰⁰ 16⁰⁰ - 18⁰⁰
czwartek 12⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia chirurgii ogólnej
czynna: tel.: 34/350-96-85
poniedziałek 9⁰⁰ - 15⁰⁰
wtorek, 9⁰⁰ - 13⁰⁰
środa, czwartek, piątek 9⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia reumatologiczna
czynna: tel.: 34/350-96-88
poniedziałek, wtorek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰

czwartek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia ginekologiczno-polożnicza

informacje o pracy poradni pod nr tel.: 34/350-96-36

czynna: poniedziałek 8³⁰ - 18⁰⁰
środa 08⁰⁰ - 14³⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia urologiczna

czynna: tel.: 34/350-96-52
wtorek 14⁰⁰ - 20⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
piątek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia audiologiczna

czynna: tel.: 34/350-96-84
poniedziałek 12⁰⁰ - 16⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia laryngologiczna

czynna: tel.: 34/350-96-84
poniedziałek 16⁰⁰ - 20⁰⁰
wtorek 12⁰⁰ - 16⁰⁰
piątek 7³⁰ - 11³⁰

poradnia nefrologiczna

czynna: tel.: 34/350-96-41
poniedziałek 14⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek 10⁰⁰ - 14⁰⁰

poradnia zdrowia psychicznego tel. 34-358-24-60

czynna: wtorek 8⁰⁰ - 12⁴⁵
środa 8⁰⁰ - 14⁰⁰ - 15⁰⁰ - 19³⁰
czwartek 8⁰⁰ - 12⁴⁵ - 15³⁰ - 20³⁰
piątek 16⁰⁰ - 19⁴⁵
sobota 8⁰⁰ - 14³⁰

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska

Jolanta Brylka - specjalista chorób oczu
46-300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 34/3509690,

czynne: poniedziałek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 14⁰⁰ - 18⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

Gabinet Lekarski Laryngologiczny Maria Bogatko-Zawada

46-300 Olesno, ul. Obrońców Westerplatte 1, tel. 34/307 06 54

czynny: poniedziałek, środa, piątek 9⁰⁰ - 13⁰⁰
wtorek, czwartek 14⁰⁰ - 18⁰⁰

NZOZ „Nelmed” Przychodnia Laryngologiczna Radosław Bernacki

ul. Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie

Poradnia Otolaryngologiczna

46-300 Olesno, ul. Słowackiego 1, tel.: 34/358-22-22

czynna: poniedziałek 14³⁰ - 17³⁰
wtorek 13⁰⁰ - 17⁰⁰
środa 14³⁰ - 17³⁰
piątek 9⁰⁰ - 13³⁰

email: radek.bernacki@gmail.com

Poradnia neurologiczna Maria Cisiecka

46-300 Olesno, ul. Słowackiego 1, tel.: 34/358-22-22

czynna: poniedziałek i czwartek 7³⁰ - 11³⁰
piątek 14⁰⁰ - 18⁰⁰

email: radek.bernacki@gmail.com

STOMATOLOGIA

Gabinet Stomatologiczny Monika Ekert

46 - 300 Olesno, ul. Opolska 16 A, tel.: 34/358-37-47

czynny: poniedziałek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
wtorek 13⁰⁰ - 18⁰⁰
środa, 12⁰⁰ - 16⁰⁰
czwartek, 8⁰⁰ - 12³⁰
piątek 8⁰⁰ - 12³⁰

PRZYCHODNIA MEDICA Danuta Marcjasz

46 - 300 Olesno, ul. Lipowa 5, tel.: 34/ 358-27-80, 605 602 951

czynny: poniedziałek – piątek 8³⁰ - 20⁰⁰
sobota 9⁰⁰ - 13⁰⁰

Prywatny Gabinet Stomatologiczny J. Proszewski

46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 34/359-80-70

czynny: poniedziałek, wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰, 14⁰⁰ - 19⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 12⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

Gabinet Stomatologiczny Marianna Sosnowska-Wieczorek

46 - 300 Olesno, ul. Krasickiego 23A, tel.: 34/358-25-71

czynny: poniedziałek, wtorek, piątek 8⁰⁰ - 12³⁰
środa, czwartek 13⁰⁰ - 17⁰⁰

Prywatny Gabinet Stomatologiczny Bożena Urbanek

46 - 320 Praszka, ul. Powstańców Śląskich 31A, tel.: 605 535 558

czynny: poniedziałek, wtorek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa, czwartek 13⁰⁰ - 19⁰⁰

Prywatny Specjalistyczny Gabinet Stomatologiczny Katarzyna Kwiecień-Drab

46 - 300 Olesno, ul. Łysika 1, tel.: 34/358-47-20, 604 409 957,

czynny: poniedziałek, środa, piątek 8⁰⁰ - 14³⁰
wtorek, czwartek 14⁰⁰ - 20⁰⁰

NZOZ PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA „MEGA-DENT” Jacek Drab

46 - 300 Olesno, ul. Konopnickiej 11, tel.: 34/358-23-90

email: megadent@interia.eu, www.mega-dent.eu

czynna: dr. J. Drab wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
środa 16⁰⁰ - 19⁰⁰
lek. med. M. Biedka poniedziałek, czwartek 13⁰⁰ - 19⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

Prywatna Praktyka Stomatologiczna Krystyna Tarnawska-Zakrzewski, Maciej Zakrzewski

46 - 380 Dobrodzień, ul. Parkowa 2A, tel.: 34/357-52-76

czynne: poniedziałek, środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, czwartek 7³⁰ - 12³⁰, 13³⁰ - 18³⁰
piątek 7³⁰ - 12³⁰

PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY Krystyna Michalik

46 - 310 Gorzów Śląski, ul. Krasickiego 1, tel.: 34/359-42-94

czynny: poniedziałek, wtorek 12⁰⁰ - 18⁰⁰
środa, czwartek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

Gabinet Stomatologiczny Irena Tylska-Latusek

46 - 320 Praszka, ul. Warszawska 49, tel.: 34/359-11-31

czynne: poniedziałek, środa, piątek 9⁰⁰ - 14⁰⁰
wtorek, czwartek 13⁰⁰ - 18⁰⁰

Gabinet Stomatologiczny Martyn Pielok email: magdalenapielok@wp.pl

46 - 380 Dobrodzień, ul. Polna 3, tel.: 693178363

czynny: poniedziałek, środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰,
wtorek, czwartek, piątek 7³⁰ - 12³⁰

NZOZ Przychodnia Stomatologiczna Katarzyna Cukier-Berg

46 - 325 Rudniki, ul. Żeromskiego 1, tel.: 604 056 599 692-73-00-99

czynna: poniedziałek, czwartek 12³⁰ - 18⁰⁰
wtorek, środa, piątek 07³⁰ - 13³⁰

PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

Pracownia RTG w ZOZ Olesno

tel.: 34/350-96-79

Rejestracja na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: osobiście lub telefonicznie

czynna: poniedziałek-piątek 8⁰⁰ - 15⁰⁰
wykonywanie zdjęć RTG: 8⁰⁰ - 18⁰⁰

EKG

tel.: 34/350-96-29

czynne: poniedziałek- 8⁰⁰ - 16⁵⁵

wtorek	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰
środa	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰
czwartek	8 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰
piątek	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰

Pracownia tomografii komputerowej w ZOZ Olesno tel. 34/350-96-79

Rejestracja na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: osobiście lub telefonicznie

rejestracja: 8⁰⁰ - 15⁰⁰
wykonywanie badań:

poniedziałek	8 ⁰⁰ - 14 ³⁰
wtorek	8 ⁰⁰ - 14 ³⁰
środa	8 ⁰⁰ - 14 ³⁰
czwartek	8 ⁰⁰ - 14 ³⁰
piątek	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰

Pracownia USG w ZOZ Olesno tel.: 34/350-96-79

Rejestracja na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: osobiście lub telefonicznie

rejestracja: 8⁰⁰ - 15⁰⁰
wykonywanie badań: poniedziałek-piątek 10⁰⁰ - 13⁰⁰

Pracownia USG- Doppler (badanie tętnic i żył) w ZOZ Olesno

Rejestracja na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: osobiście lub telefonicznie od 7³⁰ - 18⁰⁰ tel.: 34/350-96-65, 652

wykonywanie badań: poniedziałek 8⁰⁰ - 10⁰⁰
wtorek 14⁰⁰ - 18⁰⁰
środa 15³⁰ - 20⁰⁰

Pracownia endoskopowa w ZOZ Olesno tel.: 34/350-96-83

Rejestracja na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego: osobiście lub telefonicznie

Wykonywanie badań : poniedziałek 7⁰⁰ - 15⁰⁰
wtorek 7³⁰ - 15⁰⁰
środa 7⁰⁰ - 17³⁰
czwartek 7⁰⁰ - 15⁰⁰
piątek 7⁰⁰ - 15⁰⁰

LABORATORIA

Laboratorium analityczne Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel. 34/350-97-36

email: labor@szpitalolesno.pl

Laboratorium wykonuje badania:

– biochemii	34/3509737
– serologii	34/3509738
– hematologii	
– bakteriologii	34/350 96 06
– analityki ogólnej	34/350 97 33

Pobieranie materiału do badań: poniedziałek – piątek 7³⁰ - 9³⁰

Wyniki do odbioru w zależności od rodzaju badania:

- badania podstawowe: 1 dzień,
- badania specjalistyczne: 5-7 dni.

Wydawanie wyników badań: codziennie w godzinach 7³⁰- 9³⁰ w punkcie pobrań materiału oraz w godzinach 14⁰⁰- 19⁰⁰ w laboratorium.

Laboratorium analityczne wykonuje badania z zakresu: hematologii, koagulologii, analityki ogólnej, badanie kału, biochemii, immunologii, wirusologii, diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, bakteriologii, markerów nowotworowych, serologii oraz wiele innych badań specjalistycznych

NZOZ „LOMA” Laboratorium Medyczne Sp. z o.o.

46 - 300 Olesno, ul. Małe Przedmieście 14, tel. 34/358-47-83, 664902079

czynne: poniedziałek-piątek 6¹⁵ - 16⁰⁰
sobota 7⁰⁰ - 12⁰⁰

przyjmowanie materiału do badań: poniedziałek-piątek 6¹⁵ - 11⁰⁰
sobota 7⁰⁰ - 10⁰⁰

Laboratorium Analityczne Irena Krześniak

46 - 320 Praszka, ul. Kopernika 12, tel. 34/358-81-01

czynne: poniedziałek-piątek 7⁰⁰ - 14⁰⁰

przyjmowanie materiału do badań: poniedziałek-piątek 7⁰⁰ - 10⁰⁰

Laboratorium wykonuje badania:

- hematologii, biochemii, analityki ogólnej.

Pobieranie materiału do badań: markery i hormony

REHABILITACJA

Zakład Rehabilitacji w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 34/350-97-35

godziny przyjęć: poniedziałek- piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Zasady rejestracji : osobiście ze skierowaniem w Zakładzie Rehabilitacji

Zakład Rehabilitacji w Praszcze

46 - 320 Praszcza, ul. Kaliska 50, tel. 34/359-20-45

godziny przyjęć: poniedziałek- piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Zasady rejestracji : osobiście ze skierowaniem w Zakładzie Rehabilitacji

Gabinet Fizjoterapii „AXIS” Lesław Kaliciak

46 – 300 Olesno, ul. Kossaka 5, tel.: 34/350-21-88, 609 402 001

czynny: poniedziałek-czwartek 8⁰⁰ - 18⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 15³⁰

Gabinet fizjoterapii - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rudniki”

46 - 325 Rudniki, ul. Żeromskiego 1 tel.: 797293555

email: nzozrudniki@gmail.com

czynny: poniedziałek-piątek 7⁰⁰ - 19⁰⁰

Zasady ubiegania się o refundację/dofinansowanie zakupu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych (z udziałem NFZ):

- pisemny wniosek o przyznanie dofinansowania,
- kopię ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez Powiatowy Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, tj. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, orzecznika KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu,
- *w przypadku dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*, oryginał do wglądu,
- fakturę proforma (dokument przed zakupem), która będzie zawierała informację o cenie danego podmiotu/ środka oraz o kwocie refundowanej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Aby uzyskać refundację kosztów poniesionych na zakup środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych należy złożyć następujące dokumenty:

- pisemny wniosek o przyznanie refundacji,
- kopię ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, tj. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, orzecznika KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu.
- ✓ *w przypadku dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*, oryginał do wglądu,
- ✓ fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
- ✓ dowód wpłaty udziału własnego,
- ✓ potwierdzoną za zgodność z oryginałem, przez świadczeniobiorcę realizującego zlecenie, kopie zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Wnioski o dofinansowanie/refundację zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze środków ze środków PFRON rozpatrywane są w terminie 30 dni od daty złożenia. Refundacja nie wymaga umowy ze Starostą.

Podstawowymi warunkami uzyskania dofinansowania są:

- posiadanie odpowiedniego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność,
- spełnianie kryterium dochodowego.

Kryterium dochodowe:

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonym na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia, na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Wysokość dofinansowania:

- do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
- do 150% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez NFZ oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

W przypadku braku środków PFRON wnioski rozpatrywane są negatywnie i nie podlegają kolejnemu rozpatrzeniu.

Zasady ubiegania się o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego nie refundowanego przez NFZ

Aby uzyskać dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego należy złożyć następujące dokumenty:

- pisemny wniosek o przyznanie dofinansowania,
- kopię ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, tj. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, orzecznika KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu.
- *w przypadku dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – oryginał do wglądu,*
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uwzględniając konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego,
- oferta cenowa sprzętu od sprzedawcy.

Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i przed zawarciem stosownej umowy ze Starostą. Dofinansowanie przysługuje danej osobie niepełnosprawnej, w związku z czym, w przypadku jej śmierci wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.

Wnioski rozpatrywane są w terminie 30 dni od daty złożenia. W przypadku braku środków PFRON wnioski rozpatrywane są negatywnie i nie podlegają kolejnemu rozpatrzeniu.

Druki wniosków do pobrania są w siedzibie Centrum bądź na stronie www.bip.powiatoleski.pl w zakładce jednostki organizacyjne – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Miejsce złożenia dokumentów:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. M. Konopnickiej 8
46-300 Olesno
tel.: 34/3505125**

Starostwo Powiatowe w Oleśnie

Wydział Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia
46-300 Olesno, ul. Dworcowa 4, tel.: 34/35- 05- 972

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

46-300 Olesno, ul. M. Konopnickiej 8, tel.: 34/350-51-25, fax.: 34/350 73 15
[e-mail: pcprol@interka.pl](mailto:pcprol@interka.pl)

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

46-300 Olesno, ul. M. Konopnickiej 8, tel.: 34/359-83-88

Publiczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

46-300 Olesno, ul. Dębowa 3, tel.: 34/358-28-74

Państwowa Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna

46-300 Olesno, ul. Wielkie Przedmieście 7, tel.: 34/358-26-73
telefon alarmowy: 693 628 983
[e-mail: psse.olesno@pis.gov.pl](mailto:psse.olesno@pis.gov.pl)

Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej w Oleśnie

46-300 Olesno, Rynek Solny 1, tel.: 34/350-91-00, 34/350-91-10

Komenda Powiatowa Policji w Oleśnie

46-300 Olesno, ul. Klonowa 1a, tel.: 34/350-44-03

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46-300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 34/350-97-00 (sekretariat)