



# FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA PLAN OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDISKY

**WAŻNE INFORMACJE:** ABY POMÓC NAM W SKUTECZNEJ I SZYBKIEJ OBSŁUDZE ROSZCZENIA, PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA W CAŁOŚCI W JASNY I CZYTELNY SPOSÓB. DLA KAŻDEGO PACJENTA ORAZ KAŻDEGO PRZYPADKU I STANU CHOROBOWEGO NALEŻY ZŁOŻYĆ OSOBNY FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA. W PRZYPADKU, GDY PODANE DANE BĘDĄ NIEKOMPLETNE, OBSŁUGA PAŃSTWA ROSZCZENIA MOŻE SIĘ OPÓŹNIĆ.

## SEKCJA A

### UBEZPIECZONY PACJENT

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER POLISY

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

ADRES KORESPONDENCYJNY (WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU KIEDY ADRES KORESPONDENCYJNY JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)

MIASTO

KOD POCZTOWY

KRAJ

EMAIL

NUMER TELEFONU

## SEKCJA B

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ROSZCZENIA

WSZYSTKIE POLA SEKCJI B POWINIEN WYPEŁNIĆ LEKARZ PROWADZĄCY. SEKCJĘ B MOŻE WYPEŁNIĆ PACJENT WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU, GDY DO WNIOSKU JEST DOŁĄCZONY RAPORT MEDYCZNY.

OBJAWY I DIAGNOZA

DATA, KIEDY PACJENT PO RAZ PIERWSZY ZAUWAŻYŁ OBJAWY

DATA PIERWSZEJ WIZYTY LEKARSKIEJ ZWIĄZANEJ Z POWYŻSZYMI OBJAWAMI

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEPROWADZONEGO LECZENIA

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEPROWADZONYCH ZABIEGÓW OPERACYJNYCH

JEŻELI ROSZCZENIE POWIĄZANE JEST Z CIAŻĄ – CZY JEST TO PIERWSZA CIAŻA PACJENTA?  
JEŻELI NIE – CZY W POPRZEDNICH CIAŻACH WYSTĄPIŁY JAKIEKOLWIEK POWIKŁANIA?

TAK

NIE

JEŻELI ROSZCZENIE POWIĄZANE JEST Z CIAŻĄ – CZY ZAPŁODNIENIE NASTĄPIŁO DROGĄ NATURALNĄ?

TAK

NIE

CZY ZOSTAŁA WYKORZYSTANA KARTA EKUZ?

TAK

NIE

SEKCJA C

HOSPITALIZACJA

OKRES TRWANIA HOSPITALIZACJI

DATA PRZYJĘCIA (DD/MM/RRRR)

DATA WYPISU (DD/MM/RRRR)

CZY PRZYJĘCIE PACJENTA DO PLACÓWKI MEDYCZNEJ ODBYŁO SIĘ ZA POŚREDNICTWEM SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO LUB PO UDZIELENIU POMOCY POZA PLACÓWKĄ W NAGŁYM PRZYPADKU W RAMACH MEDYCZYNY RATUNKOWEJ?

TAK

NIE

EMAIL

NUMER TELEFONU

W PRZYPADKU, GDY PLANOWANE JEST PRZEPROWADZENIE DALSZEGO LECZENIA, PROSIMY O KONTAKT Z NAMI POD NUMEREM TELEFONU: **(+48) 573 923 263**  
LUB ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ POD ADRESEM: **CUSTOMER-CARE@MEDISKY.PL**

## SEKCJA D

## ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE

CZY CHCĄ PAŃSTWO UBIEGAĆ SIĘ O ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE Z TYTUŁU BEZPŁATNIE PRZEPROWADZONEGO LECZENIA?  
JEŚLI TAK, PROSIMY O DOŁĄCZENIE DO NINIEJSZEGO FORMULARZA DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH DATĘ POBYTU W PLACÓWCE SZPITALNEJ /  
PRZEPROWADZENIA LECZENIA ORAZ ZAŚWIADCZENIA, IŻ USŁUGI TE BYŁY ŚWIADCZONE BEZPŁATNIE.

## SEKCJA E

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PŁATNOŚCI

OBOWIĄZEK POKRYCIA EWENTUALNYCH KOSZTÓW WYNIKAJĄCYCH Z RÓŻNIC W KURSACH WALUT LEŻY PO STRONIE PACJENTA  
KTO POWINIEN OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ROSZCZENIA? (PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ POZYCJĘ)

LEKARZ/SZPITAL

PACJENT

SWIFT / BIC

NUMER KONTA / IBAN

NAZWA RACHUNKU

WALUTA PRZELEWU

NAZWA I ADRES BANKU

KOD POCZTOWY

KRAJ

## SEKCJA F

## OŚWIADCZENIE

POTWIERDZAM, ŻE INFORMACJE PODANE W NINIEJSZYM FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, DOKŁADNE I ZGODNE Z MOJĄ / NASZĄ WIEDZĄ, UDZIELAM UPOWAŻNIENIA  
UBEZPIECZYCIELOM LUB ICH PRZEDSTAWICIELOM DO KONTAKTU Z MOIMI / NASZYMI LEKARZAMI W CELU UZYSKANIA WSZELKICH DODATKOWYCH INFORMACJI  
NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA NINIEJSZEGO ROSZCZENIA.

IMIĘ I NAZWISKO

DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS