

## OŚWIADCZENIE PACJENTA O ODPLATNYM WYKONANIU BADANIA .

IMIE I NAZWISKO PACJENTA.....

ADRES ZAMIESZKANIA .....

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO .....

PESEL .....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż **zostałem / am poinformowany/a o najbliższym możliwym terminie wykonania badania** ..... w 5 WSZK w KRAKOWIE zgodnie z kolejką oczekujących i zasadami realizacji umowy na NFZ. Termin wykonania w/w badania zgodnie z kolejką oczekujących pacjentów w ramach finansowania badania przez NFZ przypada w dniu .....

Jednocześnie oświadczam , że **zostałem/am poinformowany/a o możliwości oczekiwania na wykonanie w/w badania w powyższym terminie oraz możliwości wykonania tego badania finansowanego ze środków publicznych w innym podmiocie, który zawarł umowę na ich wykonywanie z NFZ.**

**Zostałem poinformowany o charakterze badania, jego celu, przebiegu oraz ewentualnych przeciwwskazaniach i miałem możliwość zadania pytań oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.**

Mam świadomość, iż przedmiotowe badanie może być finansowane ze środków publicznych, ale ze względu na przewidywany okres oczekiwania, chcę aby to badanie zostało wykonane na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Tym samym oświadczam, iż nie chcę aby w/w badanie zostało wykonane w ramach finansowania ze środków publicznych.

**Jest mi wiadome, że wykonanie badania w trybie komercyjnym nie wpłynie na moje uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach.**

**Oświadczam, że decyzję o wykonaniu badania odpłatnie podjąłem świadomie i dobrowolnie, bez przymusu oraz po uzyskaniu informacji o dostępnych możliwościach realizacji świadczenia.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji niniejszego badania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Wyrażam zgodę na wykonanie badania**

.....

**Na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**Jednocześnie zobowiązuję się do zapłaty kwoty .....**( słownie.....

.....zł) za wykonanie w/w badania. **Kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim zostanie uiszczona przeze mnie na rzecz 5 WSZK w Krakowie przed terminem wykonania badania na konto szpitala.**

Jednocześnie zostałem/ am poinformowany/ a, iż powyższe odpłatne badanie zostanie wykonane w dniu..... na co wyrażam zgodę

Data

Imię i nazwisko