

POKYNY PRO PACIENTY REHABILITACE

B. Braun Avitum s.r.o.

Vážená paní/vážený pane,

jsme rádi, že jste si pro Vaši léčbu vybrali naše zdravotnické zařízení. Pro bezproblémový průběh Vaší léčby Vás prosíme o dodržování následujících pokynů:

1. Dodržujte den a čas objednání.
2. Při vstupu na rehabilitaci vypněte mobilní telefon.
3. Pokud se nemůžete dostavit na objednané procedury, informujte nás o této skutečnosti co nejdříve, nejpozději však 24 hodin předem. Procedury, které nejsou tímto způsobem omluveny, nenahrazujeme!
4. Vaši omluvu nám sdělte na telefonním čísle **544 423 605** nebo na e-mailu: **rhb-slavkov.cz@bbraun.com**
5. V případě, že se bez omluvy nedostavíte na terapii, bude Vám účtován **poplatek ve výši 200,- Kč**. Další služby (termíny) Vám budou poskytnuty až po jeho uhrazení. Bez úhrady poplatku budou všechny další termíny automaticky zrušeny.
6. Upozorňujeme na možnost ukončení Vaší terapie již po dvou řádně neomluvených návštěvách fyzioterapie, a to bez náhrady.
7. Za každou započatou fyzioterapii (ošetření fyzioterapeutem) je účtován **Režijní paušál ve výši 75 Kč** splatný v hotovosti **před započítáním terapií nebo nejpozději při první terapii** za všechny objednané termíny předem. V případě ukončení docházky na terapii předčasně po dohodě s provozovatelem bude alikvotní část uhrazeného Režijního paušálu vrácena v hotovosti. V případě ukončení docházky z důvodu neomluvené absence Režijní paušál propadá ve prospěch poskytovatele.

8. Pokud pocítujete příznaky respiračních onemocnění (rýma, kašel, zvýšená teplota) nebo máte předepsanou léčbu antibiotiky, omluvte se z procedur dle bodu 3 a 4. Terapii Vám v těchto případech nemůžeme poskytnout.
9. Neprodleně nás informujte o změně zdravotní pojišťovny a telefonního čísla.
10. Na terapii nedocházejte pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek.
11. Dodržujte standardní hygienické návyky.

Dále Vás prosíme o vyplnění dotazníku. Odpovědi vztahujte k Vašemu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

1. Máte implantovaný kardiostimulátor/kochleární implantát?
 - ano
 - ne
2. Máte v těle implantovaný kov (umělý kloub, šrouby, dlahy apod.)?
 - ano (uved'te kde
 - ne
3. Jste nebo můžete být těhotná?
 - ano
 - ne
4. Užíváte léky na ředění krve?
 - ano
 - ne
5. Léčíte se pro onkologické onemocnění (nebo jste vyšetřován/a pro podezření na onkol. onem.)?
 - ano
 - ne

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s výše uvedenými pokyny pro pacienty a že všechny uvedené okolnosti, týkající se mého aktuálního zdravotního stavu, jsou pravdivé.

Výše uvedené podmínky jsou smluvními podmínkami společnosti B. Braun Avitum s.r.o. a jako souhlas s nimi připojuji níže svůj vlastnoruční podpis.

Jméno a příjmení, rodné číslo:

.....

Datum a podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....