

# REGULAMIN REHABILITACJI CENTRUM MEDYCZNEGO DR SMÓŁKA

## I.ZASADY OGÓLNE

1. Pacjent zgłaszający się na terapię zobowiązany jest do poddania się lekarskiej wizycie diagnostycznej kwalifikującej do terapii oraz okazania posiadanej dotychczasowej dokumentacji medycznej. Jeśli w trakcie terapii u pacjenta wystąpiły istotne zmiany w stanie zdrowia, pacjent był hospitalizowany, miał wykonywane istotne dodatkowe badania diagnostyczne lub przeprowadzone konsultacje lekarskie, jest zobowiązany do dostarczenia wyników tych badań bądź konsultacji lub innej dokumentacji medycznej. Jest to istotne zarówno dla bezpieczeństwa pacjenta jak i dla uzyskania optymalnych efektów terapii.
2. Pacjent ma obowiązek zapoznania się z niniejszym regulaminem oraz przestrzeganie zapisanych w nim przepisów.
3. Pacjent ma obowiązek zachowywać się kulturalnie oraz życzliwie w stosunku do innych chorych i personelu.
4. Pacjent ma obowiązek szanować mienie należące do Centrum Medycznego i odpowiadać za ewentualne wyrządzone szkody. Za ewentualne szkody na mieniu wyrządzone przez dzieci odpowiadają rodzice/opiekunowie.
5. W trakcie korzystania z usług fizjoterapeutycznych obowiązuje strój sportowy lub inny wygodny umożliwiający prowadzenie terapii lub ćwiczeń.
6. Prosimy o przybywanie 10 minut przed rozpoczęciem wizyty w celu przebrania się. Na salach kinezyterapii obowiązuje zakaz wchodzenia w okryciu wierzchnim oraz obuwiu, również opiekunów dzieci. Do dyspozycji pacjentów są wieszaki w poczekalni oraz zamykane na klucz szafki w szatni.
7. Zajęcia/terapię odbywają się punktualnie o wyznaczonej godzinie, spóźnienie powoduje skrócenie wizyty o czas spóźnienia.
8. **Terminy wizyt ustala wyłącznie rejestracja**, ustalanie wizyt u terapeuty nie jest możliwe.
9. Wizyty jednorazowe są potwierdzane przez rejestrację w dniu poprzedzającym terapię do godziny 19.00.
10. W przypadku nie pojawienia się na wizycie zaplanowanej i uprzednio potwierdzonej, korzystanie z dalszych usług centrum możliwe będzie po pokryciu pełnych kosztów wizyty (Centrum Medyczne wystawi rachunek).
11. Za bezpieczeństwo dzieci na terenie Centrum Medycznego przed i po zakończonej terapii odpowiadają rodzice. Za bezpieczeństwo dziecka w trakcie zajęć odpowiada terapeuta.
12. Rodzice mają prawo przebywać na sali kinezyterapii w trakcie prowadzonych zajęć, wykonywać fotografie oraz filmować instruktaż ćwiczeń do domu. Filmowanie przebiegu całej terapii nie jest możliwe. W przypadku obecności innych pacjentów na sali, zakazane jest ich filmowanie/fotografowanie.

## II.WIZYTY CYKLICZNE

1. Istnieje możliwość zapisania pacjenta na wizyty cykliczne tzn. wizyty indywidualne zaplanowane na pewien okres czasu (np. miesiąc, rok) o stałej godzinie ustalonego dnia/dni każdego tygodnia do danego fizjoterapeuty.
2. Pacjent przy zapisywaniu się otrzymuje pisemne potwierdzenie ustalonych terminów wizyt cyklicznych.
3. Zapisanie się na wizyty cykliczne jest jednoznaczne z akceptacją regulaminu Centrum Medycznego Dr Smółka.
4. **Wizyty cykliczne nie będą potwierdzane telefonicznie przez rejestrację.**
5. Możliwość zmiany terminu wizyt indywidualnych cyklicznych lub ich odwołanie jest możliwe bez żadnych konsekwencji finansowych, jeżeli zostanie zgłoszone **do godziny 17.00 w dniu poprzedzającym zaplanowaną wizytę**. Zgłoszenie może być dokonane telefonicznie lub sms-em pod numerem telefonu **664959419 lub 518877975**.
6. W przypadku, gdy wizyta jest odwołana po tym terminie lub wizyta nie zostanie odwołana, pacjent ponosi pełny koszt wizyty (Centrum Medyczne wystawia rachunek).

7. Opłacenie w/w rachunku jest obowiązkowe przed kolejną umówioną wizytą i jest warunkiem dalszego korzystania z usług Centrum Medycznego Dr Smółka.
8. W przypadku zdarzeń losowych i trudnych do przewidzenia sytuacji istnieje możliwość późniejszego odwołania wizyty bez ponoszenia konsekwencji finansowych po indywidualnym ustaleniu z dyrekcją ośrodka.
9. Trzykrotne odwołanie wizyty cyklicznej bez istotnej, zgłoszonej wcześniej przyczyny (np. ospa, zielona szkoła itp.) skutkuje wykreśleniem pacjenta z rejestru wizyt cyklicznych. Ponowne korzystanie z usług będzie wymagało ponownego ustalenia terminu w miarę dostępności wolnych miejsc.
10. W przypadku choroby lub planowanej nieobecności terapeuty (szkolenia, urlopy), Centrum Medyczne Dr Smółka zastrzega sobie prawo do wyznaczenia zastępstwa na czas nieobecności terapeuty lub odwołania wizyty dokonując starań o jak najwcześniejszym poinformowaniu o tym fakcie pacjenta telefonicznie lub sms-owo.
11. Pacjentowi, który przybył do Centrum na zaplanowaną wizytę cykliczną a terapia się nie odbyła z winy leżącej po stronie Centrum, przysługuje rabat 100% na kolejną wizytę terapeutyczną.
12. Centrum Medyczne zastrzega sobie możliwość zmiany terminu/godziny wizyty cyklicznej w przypadku zdarzeń losowych. W takim przypadku pacjent może nie wyrazić zgody na proponowany termin bez jakichkolwiek konsekwencji finansowych żadnej ze stron.
13. Zalecane jest, aby pacjent głosił się na kontrolną lekarską wizytę konsultacyjną mającą na celu pełną ocenę przebiegu terapii oraz jej efektów po ustalonym na poprzedniej wizycie okresie terapii.

### III. OPŁATY ZA USŁUGI

14. Wszystkie opłaty odbywają się zgodnie z cennikiem dostępnym do wglądu w rejestracji oraz na stronie internetowej [www.drsmolka.pl](http://www.drsmolka.pl).
15. Uiszczenie opłaty za terapie indywidualne następuje po odbytej wizycie, w przypadku wykupienia pakietów uiszczenie opłaty następuje z góry. Pakiety mają określony okres ważności ustalony w regulaminie poszczególnych pakietów.
16. Każdy wykupiony pakiet (usługi opłacone z góry z uwzględnionym rabatem) upoważnia do zniżek pakietowych jednocześnie wymaga odbycia opłaconych wizyt w określonym czasie.
17. W przypadku zdarzeń losowych/zdrowotnych przedłużenie czasu wykorzystania pakietu ustalone będzie indywidualnie.

- Otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję zapisy „Regulaminu rehabilitacji Centrum Medycznego Dr Smółka”
- Zapoznałem się i akceptuję grafik wizyt cyklicznych dla:.....
- Wizyty cykliczne będą się odbywać w .....o godz.....
- Telefon kontaktowy/e-mail kontaktowy.....
- **Wyrażam/nie wyrażam zgody** na prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji fotograficznej/filmowej wyłącznie dla potrzeb pełnego zebrania wywiadu terapeutycznego i śledzenia oraz wizualizowania postępów terapii.
- **Wyrażam/nie wyrażam zgody** na wykonywanie fotografii w trakcie terapii w celu wykorzystania w materiałach reklamowych Centrum Medycznego Dr Smółka (biuletynu, plakatów, strony internetowej, profilu przychodni na facebook'u itp.).

.....  
Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta