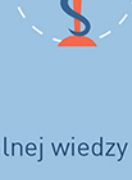




KORZYSTAJĄC ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
LUB ZWRACAJĄC SIĘ O ICH UDZIELENIE
MASZ PRAWO DO:

1 ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH



- które odpowiadają wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej
- które udzielane są według przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń
- które są natychmiast udzielane ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia
- które udzielane są z należytą starannością, w warunkach spełniających wymagania fachowe i sanitarne
- przy udzielaniu których osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej

2 UZYSKANIA INFORMACJI



- o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
- która zostanie przekazana także osobom przez Ciebie upoważnionym np. małżonkowi, członkowi rodziny, osobie bliskiej

3 WYRAŻENIA ZGODY



NA UDZIELENIE OKREŚLONYCH
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- którą wyrazisz po uzyskaniu wcześniej wszelkich niezbędnych informacji o Twoim stanie zdrowia i leczeniu
- którą w przypadku zabiegu operacyjnego, zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko wyrazisz w formie pisemnej

4 TAJEMNICY WSZELKICH INFORMACJI Z TOBĄ ZWIĄZANYCH



5 ZGŁASZANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH



PRODUKTÓW LECZNICZYCH

6 POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI



W SZCZEGÓLNOŚCI W CZASIE UDZIELANIA
CI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, W TYM:

- obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
- wyrażenia zgody na uczestnictwo innych osób przy udzielaniu Ci świadczeń zdrowotnych (badaniach, konsultacjach lekarskich, zabiegach, operacjach itp.)

7 POSZANOWANIA ŻYCIA



PRYWATNEGO I RODZINNEGO,
W TYM:

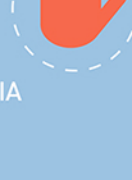
- kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami
- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – czyli opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

8 DOSTĘPU DO MEDYCZNEJ DOKUMENTACJI



DOTYCZĄCEJ TWOJEGO STANU ZDROWIA
ORAZ UDZIELONYCH CI ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH, W TYM UDOSTĘPNIANIA
TEJ DOKUMENTACJI RÓWNIEŻ OSOBIE
PRZEZ CIEBIE UPOWAŻNIONEJ, NP.
DO WGLĄDU LUB W FORMIE KOPII
ALBO ODPISU

9 ZGŁOSZENIA SPRZECIWU



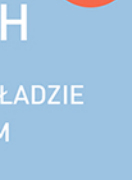
WOBEC OPINII ALBO ORZECZENIA
LEKARZA

10 OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ



W CZASIE POBYTU W SZPITALU,
ZAKŁADZIE PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM
LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, SANATORIUM
UZDROWISKOWYM CZY HOSPICJUM

11 PRZECHOWYWANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH



W DEPOZYCIE W SZPITALU, ZAKŁADZIE
PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM
LUB OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM,
SANATORIUM UZDROWISKOWYM, HOSPICJUM

JEŚLI TWOJE PRAWA ZOSTAŁY NARUSZONE,
SĄ NIEWŁAŚCIWIE REALIZOWANE LUB MASZ
PYTANIA, ZADZWOŃ:

800-190-590

OGÓLNOPOLSKA BEZPŁATNA INFOLINIA
RZECZNIKA PRAW PACJENTA

czynna od PONIEDZIAŁKU do PIĄTKU w godzinach 08:00 - 20:00

