

Regulamin obowiązujący w REHADENT

1. Niniejszy Regulamin określa warunki świadczenia usług na rzecz klientów REHADENT (Arenamed Rehabilitacja Medyczna Sp. z o.o.) i stanowi ogólny wzorzec umowy w rozumieniu art. 384 § 1 k.c.
2. Usługi świadczone są w siedzibie REHADENT, przy ulicy Lanciego 19 lok 127, 02-792 Warszawa.
3. Formy płatności i koszty wizyt opisane są w zakładce cennik na stronie www.rehadent.pl. Za wyjątkiem usług opłaconych z góry za pomocą abonamentu, ceny poszczególnych usług mogą ulec zmianie; ceną wiążącą dla REHADENT jest cena zaoferowana na wspomnianej stronie internetowej w dniu wykonywania usługi.
4. Pacjent na pierwszą wizytę powinien zabrać ze sobą dokumentację medyczną, wraz z badaniami obrazowymi jeśli takie posiada (tj. CD z RTG, MRI, TK).
5. Pacjent dostaje przypomnienie z potwierdzeniem terminu wizyty na 48h przed wizytą w formie wiadomości SMS. (Brak SMS-a nie świadczy o nieumówionej wizycie).
6. **Pacjent zobowiązany jest do odwołania wizyty na minimum 24h przed planowanym terminem wizyty przez SMS z informacją zawierającą imię nazwisko, datę i godzinę wizyty wysłany pod numer telefonu +48 531 389 992, telefonicznie pod numerem +48 22 240 13 13 lub w odpowiedzi na wysłany SMS z systemu Medfile – przypominający o najbliższej wizycie.**
7. **W przypadku nie odwołania wizyty na 24h przed planowanym jej terminem, bądź nieobecności, uznaje się ją jako odbytą i w pełni płatną (100% kwoty). Termin płatności to 7 dni od daty nieskutecznie odwołanej wizyty. W przypadku pakietów, wizyta zostaje odliczona z puli opłaconych wizyt.**
8. **W razie braku informacji o odwołaniu wizyty lub odwołaniu jej na mniej niż 24h przed, pacjent ma obowiązek przed kolejną wizytą dokonać przedpłaty w wysokości 50% kwoty usługi za kolejną wizytę, obowiązek ten nie narusza postanowienia pkt. 7 powyżej. Płatność powinna być uregulowana nie później niż 3 dni przed zaplanowaną wizytą oraz uiścić płatność za nieobecność, na poprzedniej wizycie. W przypadku braku wpłat w określonym terminie, wizyta zostanie anulowana.**
9. **Przełożenie wizyty jest rozumiane jako odwołanie wizyty i umówienie nowej, do wizyt przekładanych stosuje się zapisy pkt. 7 i 8 powyżej.**
10. Pakiet jest ważny przez rok od daty zakupu.
11. Spóźnienie się Pacjenta na zarezerwowany termin wizyty skutkuje jej skróceniem o czas spóźnienia, przy czym opłata pozostaje bez zmian. W razie spóźnienia przekraczającego połowę planowanego czasu trwania wizyty RehaDent jest uprawniona do anulowania rezerwacji terminu wizyty, ze skutkami opisanymi w pkt. 7 i 8 powyżej.
12. Rehadent zastrzega sobie prawo do odwołania terminu wizyty na godzinę przed terminem, w wypadku, gdy termin odwoływany jest z przyczyn leżących po stronie Rehadent w terminie krótszym niż 24h przed terminem wizyty, Rehadent zapewni nowy termin wizyty w miejsce odwołanej w najbliższym możliwym terminie, z uwzględnieniem preferencji Pacjenta.
13. W sytuacji rezygnacji z zakupionego pakietu **imiennego**, zwrot płatności jest pomniejszony o 100 zł kosztów operacyjnych.
14. Pacjent proszony jest o przybycie na około 10 minut przed wyznaczoną godziną wizyty, w celu pozostawienia okrycia wierzchniego i zostawienia go w szafie lub skorzystania z toalety.
15. Faktury i rachunki imienne oraz zaświadczenia do ZUS lub ubezpieczycieli prywatnych wystawiane są na życzenie pacjenta w terminie 14 dni od daty zgłoszenia żądania.
16. Rehadent świadczy usługi na zasadzie starannego działania, usługi te nie mają charakteru umowy o rezultat. Do usług stosuje się odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego i ustawy regulującej świadczenie usług medycznych (ustawy o działalności leczniczej).
17. Rehadent może wskazać, iż nie jest przygotowany do świadczenia danego rodzaju usług medycznych; w takim wypadku Rehadent wskaże Pacjentowi dalszą drogę postępowania.

.....
.....

Data i czytelny podpis

PROSIMY O PRZEWRÓCENIE KARTKI NA DRUGĄ STRONĘ

18. Pacjent odpowiada za zatajenie swojego stanu zdrowia lub nieudostępnienie aktualnych wyników badań; Rehadent może zalecić Pacjentowi konieczność wykonania dalszej diagnostyki, wykonywanej przez osoby trzecie, czy w uzasadnionych wypadkach uzależnić dalsze świadczenie usług od wykonania takiej diagnostyki.
19. Pacjent umawiając się na wizytę akceptuje niniejszy regulamin RehaDent. Regulamin może ulec zmianie, aktualna treść Regulaminu jest dostępna na stronie www.rehadent.pl, Pacjent przyjmuje, iż w wypadku zmiany Regulaminu może dowiedzieć się z łatwością o jego treści ze wspomnianej strony internetowej i związanie jego nową treścią nie wymaga dodatkowego udostępnienia Regulaminu (art. 384 § 2 k.c.).

.....
.....

Data i czytelny podpis

Klauzula informacyjna RODO

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest RehaDent z siedzibą w Warszawie przy ul.Lanciego 19 lok. 127 zwany dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) inspektorem danych osobowych u Administratora jest Karolina Kotłowska, e-mail: rodo@rehadent.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Przetwarzanie danych osobowych Pacjenta w celach zdrowotnych na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO odbywa się co do zasady w związku z wykonywaniem działalności leczniczej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 5) podanie danych jest niezbędne do rejestracji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest umówienie na wizytę,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez RehaDent przez okres 10 lat w przypadku trwania terapii (także wizyt konsultacyjnych) i 3 lata po zakończeniu leczenia.

.....
.....

Data i czytelny podpis

W związku z rozwojem naszej firmy mamy ogromną prośbę o wystawienie opinii o naszych usługach.

Opinię można wystawić na Google i mediach społecznościowych.

Z góry dziękujemy,

Zespół REHADENT

OŚWIADCZENIE PACJENTA /OPIEKUNA PRAWNEGO*

W przypadku Pacjenta poniżej 18. roku życia oświadczenie wypełnia opiekun prawny/rodzic swoimi danymi,
bez potrzeby dodatkowego upoważnienia samego siebie do uzyskiwania informacji

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja,

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL:

nr budynku

nr mieszkania

kod
pocztowy

-

miejsowoś
ć

zamieszkały/a: ulica

Proszę uzupełnić poniższe pole tylko w przypadku wypełniania jako opiekun prawny/rodzic Pacjenta poniżej 18. roku życia

jako opiekun prawny: (imię, nazwisko podopiecznego)

(PESEL podopiecznego):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OŚWIADCZAM, ŻE

☐

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO UPOWAŻNIAM

*wybraną odpowiedź zaznacz „X”

☐

Pana/-ią

legitymującego/-ą się dowodem osobistym

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/stanie zdrowia mojego podopiecznego* oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/mojego podopiecznego* oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Rehadent.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta** i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszym gabinecie. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z fizjoterapeutą prowadzącym lub innymi fizjoterapeutami gabinetu.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. **Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.**

DATA

.....
CZYTELNY podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

** Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

PROSIMY O PRZEWROCENIE KARTKI NA DRUGĄ STRONĘ

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.

W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI!

[illegible]

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

NR TELEFONU:

E-MAIL:

Jakiego obszaru dotyczą Pana(i) dolegliwości?/ W czym możemy pomóc?/Jaki jest powód wizyty?

*wybraną odpowiedź zaznacz poprzez otoczenie **kółkiem**

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?

TAK

NIF

Jeśli tak, jaki był powód?

.....

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?

TAK

NIF

Jeśli tak, na co?

.....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki?

TAK

NIE

Jeśli tak, jakie?

..... Czy był(a) Pan(i) kiedyś **operowany(a)**?

TAK

NIF

Jeśli tak, kiedy i z jakiego powodu?

.....

Czy doznał(a) Pan(i) kiedykolwiek urazu głowy i/lub szyi ?	TAK	NIE
Czy doznała(a) Pan(i) kiedykolwiek wypadku/stłuczki samochodowej ?	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności ?	TAK	NIE
Czy posiada Pan(i) rozzrusznik serca lub inne elektroniczne implanty w ciele ?	TAK	NIE
(dla kobiet) Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?		
Choroby serca (np. zawał serca, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie serca)	TAK	NIE
Choroby układu krążenia (np. nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK	NIE
Choroby naczyń krwionośnych (np. Żylaki, zapalenie Żył, bóle podudzi przy chodzeniu)	TAK	NIE
Choroby układu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka, choroby jelit)	TAK	NIE
Zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca, dna moczanowa)	TAK	NIE
Zaburzenia i/lub choroby psychiczne	TAK	NIE
Choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność)	TAK	NIE
Choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowłady, miastenia)	TAK	NIE
Choroby krwi i układu krzepnięcia (np. hemofilia, anemia, skłonność do krwawień)	TAK	NIE
Choroby reumatyczne	TAK	NIE

Osteoporoza/osteopenia	TAK	NIE
Choroby nowotworowe	TAK	NIE

DATA

.....

PODPIS