

Regulamin korzystania z jednoosobowej sali „Pokój Rodzinny” z możliwością pobytu osoby towarzyszącej w Oddziale Ginekologiczno–Położniczym w Zespole Opieki Zdrowotnej Oleśnie

(świadczenie odpłatne)

I. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady korzystania z jednoosobowej sali „Pokój Rodzinny” przez Pacjentkę wraz z osobą towarzyszącą podczas pobytu na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.
2. Korzystanie z pokoju rodzinnego jest dobrowolne i uzależnione od dostępności sali oraz organizacji pracy oddziału.
3. Decyzję o możliwości zakwaterowania w pokoju rodzinnym oraz pobytu osoby towarzyszącej podejmuje personel oddziału, uwzględniając aktualną sytuację epidemiologiczną i organizacyjną.

II. Zasady pobytu osoby towarzyszącej

1. W pokoju rodzinnym przez cały okres hospitalizacji Pacjentce może towarzyszyć wyłącznie jedna pełnoletnia osoba wskazana przez Pacjentkę (np. ojciec dziecka, mąż, partner lub inna osoba bliska).
2. Zmiana osoby towarzyszącej w trakcie pobytu wymaga zgody personelu oddziału.
3. Osoba towarzysząca musi być zdrowa i nie może wykazywać objawów infekcji lub choroby zakaźnej.
4. Szpital może odmówić pobytu osoby towarzyszącej ze względów epidemiologicznych lub organizacyjnych.

III. Prawa i obowiązki osoby towarzyszącej

Osoba towarzysząca zobowiązana jest do:

- 1) przestrzegania niniejszego regulaminu oraz poleceń personelu medycznego;
- 2) poszanowania mienia szpitala;
- 3) zachowania ciszy, porządku i kultury osobistej;
- 4) wspierania Pacjentki w opiece nad noworodkiem zgodnie z zaleceniami personelu;
- 5) wspierania Pacjentki podczas karmienia piersią i pielęgnacji dziecka;
- 6) nieutrudniania pracy personelu medycznego;
- 7) korzystania wyłącznie z pomieszczenia udostępnionego przez szpital;
- 8) przestrzegania ciszy nocnej obowiązującej w godzinach 22:00–6:00;
- 9) stosowania środków higieny i zasad obowiązujących na oddziale.

IV. Ograniczenia

1. Na terenie oddziału obowiązuje całkowity zakaz:
 - palenia tytoniu oraz e-papierosów,
 - spożywania alkoholu,
 - przebywania pod wpływem alkoholu lub środków odurzających,
 - używania substancji psychoaktywnych.
2. Zabrania się przyjmowania dodatkowych osób odwiedzających w pokoju rodzinnym poza zasadami obowiązującymi na oddziale.
3. Personel ma prawo wyprosić osobę towarzyszącą z pokoju w przypadku naruszenia regulaminu lub konieczności wykonania czynności medycznych.

V. Opłata za korzystanie z pokoju rodzinnego

1. Korzystanie z pokoju rodzinnego stanowi świadczenie odpłatne.
2. Cena usługi za jedną dobę jest zgodna z obowiązującym w szpitalu cennikiem.
3. Za usługę pracownik oddziału ginekologiczno – położniczego naliczy opłatę wystawiając odpowiedni dokument zawierający: imię i nazwisko pacjentki i osoby towarzyszącej, liczbę dób usługi, aktualną cenę za dobę usługi, łączny koszt usługi, okres świadczenia usługi, oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem.
4. Opłata obejmuje możliwość pobytu Pacjentki w jednoosobowej sali wraz z jedną osobą towarzyszącą oraz wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) na warunkach obowiązujących w oddziale.
5. Zapłatę należy uiścić przelewem na rachunek bankowy (w tytule przelewu wpisać: opłata za korzystanie z pokoju rodzinnego, imię i nazwisko pacjentki) lub bezgotówkowo w Rejestracji Centralnej w dniu wypisu ze szpitala.
6. Doba rozliczeniowa trwa od godziny 14:00 do 14:00 dnia następnego. Opłata naliczana jest za każdą rozpoczętą dobę pobytu, niezależnie od faktycznego czasu korzystania z pokoju.
7. Rezygnacja z korzystania z pokoju rodzinnego nie uprawnia do zwrotu opłaty za rozpoczętą dobę.
8. Z tytułu usługi Pacjentce nie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów do NFZ, Ministerstwa Zdrowia ani innego podmiotu. Usługa nie jest finansowana ze środków publicznych.

VI. Odpowiedzialność

1. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i przedmioty pozostawione przez Pacjentkę lub osobę towarzyszącą.
2. Osoba towarzysząca ponosi odpowiedzialność materialną za szkody powstałe z jej winy.

VII. Dane osobowe

1. Dane osobowe Pacjentki oraz osoby towarzyszącej przetwarzane są zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w szczególności Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).
2. Szczegółowa klauzula informacyjna dostępna jest na stronie internetowej placówki.

VIII. Postanowienia końcowe

1. Korzystanie z pokoju rodzinnego oznacza akceptację niniejszego regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych regulaminem zastosowanie mają przepisy prawa oraz regulaminy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie.

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y:

Pacjentka:

Osoba towarzysząca:

oświadczam, że:

- zapoznałam/-em się z Regulaminem korzystania z Pokoju Rodzinnego,
- akceptuję jego postanowienia,
- zobowiązuje się do ich przestrzegania,
- zobowiązuje się do zapłaty za korzystanie z pokoju rodzinnego na konto bankowe,

nr konta: 56 2030 0045 1110 0000 0253 9430, w tytule przelewu wpisać: opłata za korzystanie z pokoju rodzinnego, imię i nazwisko pacjentki lub bezgotówkowo w Rejestracji Centralnej w dniu wypisu ze szpitala

Data

Podpis Pacjentki

Podpis osoby towarzyszącej

Rozliczenie pobytu w Pokoju Rodzinnym

Pacjentka:

Osoba towarzysząca:

Termin pobytu: od do

Liczba dób:

Stawka za dobęzł

Łączna kwota:zł

Data i podpis pracownika oddziału

.....