

Chrzanów, dnia

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących

Zwracam się z prośbą o przywrócenie na listę oczekujących, gdyż niezgłoszenie w wyznaczonym terminie nastąpiło z powodu siły wyższej.

UZASADNIENIE:

.....
.....
.....
.....

Do wniosku dołączam:

1.
2.

.....
(podpis wnioskującego)

Proszę podać sposób w jaki Szpital ma Panią/Pana poinformować o podjętej decyzji (telefonicznie-proszę podać nr tel., pocztą-proszę podać adres do korespondencji, e-mail –proszę podać adres mailowy).

.....
.....
.....
.....
.....

UWAGA:

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z późn. zm.) wniosek o przywrócenie na listę oczekujących pacjent jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w **terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia** się na ustalony termin udzielenia świadczenia.

Powyższe pacjent winien uprawdopodobnić potwierdzającym dokumentem przyczynę niezgłoszenia się na termin np.:

- **nagle pogorszenie stanu zdrowia – zaświadczenie lekarskie,**
- **pobyt w szpitalu – karta informacyjna pobytu w szpitalu,**
- **wyjazd do sanatorium - informacja o terminie z NFZ (ksero potwierdzonego skierowania przez NFZ),**

lub inna przyczyna zdarzenia losowego, którego nie można było przewidzieć.