

..... Ruda Śląska, 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 NZOZ Genom ma Panią/Pana poinformować o podjętej decyzji (telefonicznie-proszę podać nr tel., pocztą – proszę podać adres do korespondencji, e-mailem – proszę podać adres mailowy).

.....
.....

UWAGA:

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz 1027 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.*

*W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, pacjent podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że **uprawdopodobni**, że niezgłoszenie nastąpiło **z powodu siły wyższej** np. przypadki losowe, nagle pogorszenie stanu zdrowia.*

*W przypadku niezgłoszenia na umówiony termin udzielenia świadczenia z powodu choroby, pacjent jest zobowiązany dołączyć do niniejszego wniosku **zaświadczenie lekarskie**.*