

## Zasady udzielania świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia w NFZ

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty).

Leczenie w poradni specjalistycznej obejmuje badanie lekarskie oraz pełną diagnostykę niezbędną do postawienia rozpoznania i wdrożenia stosownego leczenia.

Pacjent objęty opieką specjalistyczną „w sposób ciągły” nie wymaga ponownych skierowań.

Skierowanie nie jest wymagane do poradni:

- Ginekologii i Położnictwa
- Ginekologii Wieku Rozwojowego
- Poradni Zdrowia Psychicznego

W **stanach nagłych** świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Pacjent (świadczeniobiorca) ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

- 1) **kartę ubezpieczenia zdrowotnego** – w przypadku ubezpieczonego;
- 2) dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy - **decyzja wójta** (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
- 3) dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - **poświadczenie wydawane przez Fundusz** lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.

W/w dokumenty zawierają w szczególności następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.