Szpitale Pomorskie sp. z o.o.

Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego

**Informacja dla pacjentów korzystających z jednoosobowej sali (Pokój rodzinny) z osobą towarzysząca - odpłatne świadczenie**

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentek, mając jednocześnie na uwadze bezpieczeństwo pacjentów i personelu szpitalnego informujemy, iż za pobyt w sali wieloosobowej Pacjentka nie ponosi kosztów i jest to świadczenie udzielone standardowo.

W przypadku, gdy sale wieloosobowe będą zajęte a Pacjentka będzie zmuszona skorzystać z jednoosobowej sali to również zostanie potraktowane to jako świadczenie standardowe. Jeśli w sali wieloosobowej jest chociaż jedno wolne miejsce, a Pacjentka zdecyduje się na pobyt jednoosobowym pokoju jest to już świadczenie niestandardowe.

W sytuacji gdy na Oddziale dostęp do miejsc będzie ograniczony lub Pacjentki wymagają izolacji ze względów epidemiologicznych, Pacjentki mogą być także kierowane do sal jednoosobowych a usługa nie będzie realizowana odpłatnie.

W przypadkach zagrożenia życia, w celu stabilizacji zdrowia dziecka lub matki usługa nie będzie realizowana odpłatnie.

Pokój rodzinny nie jest ofertą hotelową o podniesionym standardzie dla pacjentki oraz osoby towarzyszącej przebywającej na Oddziale! Pacjentka w każdej chwili może poprosić o przeniesie do pokoju wieloosobowego.

Prosimy o rozważne zapoznanie się z ofertą.

**Zasady korzystania z jednoosobowej sali dla pacjentek (Pokój rodzinny) z osobą towarzyszącą:**

1. W pokoju jednoosobowym Pacjentce może towarzyszyć wyłącznie jedna osoba towarzysząca (ojciec dziecka, inna osoba wskazana przez pacjentkę)
2. Decyzja osoby bliskiej o uczestniczeniu przy po porodzie w jednoosobowym pokoju powinna być przemyślana i odpowiedzialna, udział taki powinien polegać na wspieraniu fizycznym i psychicznym kobiety rodzącej.
3. Zaleca się, aby Pacjentce towarzyszyła tylko jedna osoba.
4. W przypadku pojawienia się drugiej osoby przy Pacjentce, osoba towarzysząca zobowiązana jest do opuszczenia pokoju, o czym zostanie powiadomiona przez położną.
5. Należy zachować ciszę, spokój a zwłaszcza w godz. 22:00 – 06:00.
6. Osoba towarzysząca przebywająca na oddziale powinna: stosować się do poleceń personelu, nie zakłócać i nie dezorganizować pracy w oddziale, nie chodzić bez potrzeby po oddziale Położniczo-Ginekologicznym.
7. W oddziale obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu, przebywania pod wpływem alkoholu, środków odurzających.
8. Należy przestrzegać przepisów bhp i p/poż. obowiązujących w szpitalu.
9. Zabrania się dotykania oraz przestawiania ustawień przy aparaturze medycznej znajdującej się w Oddziale.
10. Należy ograniczyć posługiwanie się telefonem komórkowym na sali porodowej i oddziale położniczym w tym nagrywania i wykonywania zdjęć. Dopuszcza się wykonanie zdjęć swojemu nowonarodzonemu dziecku za wiedzą personelu.
11. Zabrania się używania telefonów komórkowych w pokojach porodowych, salach zabiegowych, operacyjnych i poporodowych, gdzie znajdują się kardiomonitory i sprzęt do resuscytacji noworodków.
12. Dopuszcza się możliwość prowadzenia rozmów telefonicznych na korytarzu Bloku Porodowego zachowaniem ciszy i spokoju.
13. Osoba towarzysząca podczas przebywania na oddziale musi być zdrowa, bezobjawowa (tj. nie może mieć objawów wskazujących na infekcję), nie może być objęta kwarantanną, izolacją.
14. Decyzję o możliwości pobytu osoby towarzyszącej w pokoju rodzinnym podejmuje wraz z Pacjentką lekarz dyżurny (ginekolog-położnik).
15. Osoba towarzysząca, przez cały czas pobytu w szpitalu musi być wyposażona (we własnym zakresie) w obuwie na zmianę, nosić maskę chirurgiczną zakrywającą usta i nos, myć często i dezynfekować ręce, okrycie wierzchnie pozostawić miejscu wskazanym przez personel (dokumenty, pieniądze mieć przy sobie).
16. Zabrania się używania na terenie oddziału grzałek elektrycznych, czajników itp. poza wyznaczonym do tego celu miejscem.
17. Zabrania się wszelkich zachowań stwarzających zagrożenie bezpieczeństwa dla pacjentów i personelu.
18. W przypadku wykonywania czynności medycznych, porodu zabiegowego lub cięcia cesarskiego nie dopuszcza się obecności osoby towarzyszącej.

19. W szczególnych sytuacjach związanych np. z wystąpieniem ogniska epidemiologicznego na terenie szpitala, lub innych okoliczności lekarz dyżurny może odstąpić od postanowień niniejszej usługi i wprowadzić inne zasady lub ograniczenia dostosowane do zaistniałych okoliczności.
20. Pacjentka ma świadomość, że z tytułu usługi Szpitalowi przysługuje wynagrodzenie zgodnie z Cennikiem usług medycznych, który jest dostępny na stronie internetowej Szpitala: https://www.szpitalepomorskie.eu/cennik/ lub w jednostkach organizacyjnych Szpitala: Kasa, Oddział.
21. Pacjentka ma świadomość, że z tytułu usługi nie przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych kosztów do Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministerstwa Zdrowia.
22. Pacjentka zobowiązuje się wpłacić należności za przedmiot usługi po zakończeniu usługi tj. w dniu otrzymania w wypisu w Kasie Szpitala w lokalizacji Wejherowo ul. Dr A. Jagalskiego 10, w godzinach 8:00 – 14:45 (poniedziałek- piątek). Paragon/Fakturę Pacjentka okazuje w sekretariacie Oddziału.
23. W przypadku gdy wypis ze szpitala następuję w godzinach i dniach gdy kasa szpitala jest nieczynna. Pacjentka zobowiązuje się wpłacić należność za przedmiot usługi przelewem na konto bankowe**: Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, PKO BP S.A., Nr rachunku bankowego: 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148, Tytułem: imię, nazwisko, pokój rodzinny CEY, adres mail.** Pacjentka przedstawia bankowe potwierdzenie przelewu w sekretariacie Oddziału oraz przesyła potwierdzenie przelewu na maila: komercja@szpitalepomorskie.eu. Na maila zwrotnie zostanie wystawiona i wysłana faktura za usługę.
24. Informacja o płatności: Koordynator ds. Komercji. tel.+48 58 72 60 208, tel. **kom. 603 760 985,** komercja@szpitalepomorskie.eu.
25. Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (dalej: RODO) podstawowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych, dostępne na stronie internetowej Szpitala: https://www.szpitalepomorskie.eu/klauzule-informacyjne/.

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w niniejszej Informacji.

Niniejsze oświadczenie stanowi dowód przyjęcia zobowiązania do zapłaty zgodnie z przepisami prawa. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o, po otrzymaniu wpłaty wystawia pacjentowi rachunek/paragon lub fakturę.

…….
Data i podpis Pacjentki/adres e-mail/telefon

…….
Data i podpis osoby towarzyszącej

**Cennik Usług:***

☐ 1. Pokój Rodzinny - Dopłata do pobytu Pacjentki oraz osoby towarzyszącej w sali jednoosobowej – (bez łazienki) – za cały pobyt **- 550 zł.**

☐ 2. Pokój Rodzinny - Dopłata do pobytu Pacjentki oraz osoby towarzyszącej w sali jednoosobowej – (z łazienką) – za cały pobyt **- 650 zł.**

Sala nr …….

*Zaznacz usługę

Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie formularza!!