

.....
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 (tj. Dz.U.2021 poz. 1285 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**.