



INFORMATOR PACJENTA

GDZIE SIĘ LECZYĆ W POWECIE LEGNICKIM ?



Spis treści

I. ABC PACJENTA	3
1. Prawa pacjenta	3
2. Recepty	3
3. E- recepta	7
4. Bezpłatne leki dla seniorów	13
5. Podstawowa opieka zdrowotna	15
6. Skierowanie	21
7. Lecznictwo uzdrowiskowe	25
8. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	31
9. Gdzie znajdę pomoc w nagłym przypadku.....	32
10. Aplikacja mObywatel.....	33
II. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW	34
1. Przychodnie w powiecie legnickim	35
2. Nocna i świąteczna opieka medyczna w powiecie legnickim	36

I. ABC PACJENTA

1. Prawa pacjenta

- prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej,
- prawo do poszanowania godności i intymności,
- prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia,
- prawo do zachowania tajemnicy informacji na Twój temat,
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- prawo do poszanowania Twojego życia prywatnego i rodzinnego,
- prawo do opieki duszpasterskiej,
- prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- prawo do dochodzenia swoich praw,
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych,
 - prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Poznaj swoje prawa i naucz się z nich korzystać!

2. Rewersja

Rewersja to pisemne polecenie skierowane do farmaceuty. Dotyczy ono przede wszystkim leków, które będą użyte podczas twojego leczenia (tzw. farmakoterapii).

❖ Od kogo możesz otrzymać rewersję?

Rewersję wystawić może uprawniona do tego osoba, czyli: lekarz, lekarz dentyista, felczer, starszy felczer. W przypadku niektórych, z góry określonych leków i wyrobów medycznych (z wyłączeniem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego), również pielęgniarka i położna.

Szczególnym rodzajem rewersji lekarskiej jest rewersja lekarska na leki refundowane.

Rewersja na leki refundowane obejmuje takie same informacje jak zwykła rewersja lekarska, ale zawiera dodatkowo:

- oznaczenie oddziału wojewódzkiego NFZ,
- kod uprawnień dodatkowych,
- oznaczenie uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, jeśli jesteś osobą nieubezpieczoną.

❖ Jaki jest czas na realizację recepty?

- **30 dni** od jej wystawienia lub od wyznaczonej przez lekarza daty realizacji „od dnia”, jeśli została określona na receptce,
- **7 dni** od daty jej wystawienia lub od wyznaczonej przez lekarza daty realizacji „od dnia”, jeśli została określona na receptce **w przypadku antybiotyków** w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i pozajelitowego (tzw. parenteralnego),
- **120 dni** od daty jej wystawienia w przypadku:
 - ✓ leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych **srowadzanych z zagranicy** oraz
 - ✓ leków **immunologicznych wytwarzanych indywidualnie** dla pacjenta.

Pamiętaj! Jeśli masz na receptce więcej niż jeden lek, termin realizacji recepty jest liczony oddzielnie dla każdego z nich.

❖ Ile leków możesz mieć przepisanych na jednej receptce?

Na jednej receptce możesz mieć do 5 różnych produktów, takich jak:

- gotowe leki,
 - środki spożywcze,
 - wyroby medyczne,
- lub podwójną ilość leku recepturowego.

Uwaga: Jeśli lek zawiera **środki odurzające lub substancje psychotropowe**, możesz mieć na jednej receptce **tylko jeden** taki produkt.

❖ Ile recept możesz otrzymać podczas jednej wizyty?

- **U lekarza, lekarza dentystry, felczera, starszego felczera:**
 - **do 12 recept** (na leki zapewniające ciągłość leczenia na maksymalnie 360 dni).
Pamiętaj: Na jednej receptce lekarz może przepisać lek lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego na leczenie nie dłuższe niż 120 dni.
 - **do 6 recept** na środki antykoncepcyjne (na leki zapewniające ciągłość leczenia do 180 dni).
 - **do 16 recept** na lek recepturowy (na lek zapewniający ciągłość leczenia do 120 dni)

Pamiętaj: W przypadku leków, które są maścią, kremem, mazidłem, pastą albo żelem do stosowania na skórę, lekarz może przepisać ci dziesięciokrotną ilość leku recepturowego.

- **U pielęgniarki lub położnej:**

- **do 4 recept** (na leki zapewniające ciągłość leczenia na maksymalnie 120 dni),
- **do 4 recept** na środki antykoncepcyjne (zapewniające ciągłość leczenia na 60 dni) – wyłącznie w ramach **kontynuacji leczenia** zleconego przez lekarza.

❖ Sposób dawkowania – co musisz wiedzieć

Sposób dawkowania na receptce jest niezbędny, żeby farmaceuta w aptece mógł obliczyć ilość leku, którego potrzebujesz. Jeśli lekarz **nie wskaże** na receptce **sposobu dawkowania**, możesz otrzymać **maksymalnie dwa najmniejsze opakowania leku**, który widnieje na receptce. Jest to podyktowane Twoim bezpieczeństwem.

Pamiętaj! Jednorazowo, na podstawie jednej recepty możesz otrzymać maksymalnie taką ilość leku refundowanego, który zapewni ci ciągłość leczenia na 120 dni.

❖ Czy możesz wymienić lek z recepty na tańszy zamiennik?

Możesz otrzymać inny lek niż przepisany na receptce. Farmaceuta ma obowiązek zaproponować Ci tańszy zamiennik, pod warunkiem, że ma on taką samą:

- substancję czynną,
- dawkę i postać farmaceutyczną,
- wskazanie terapeutyczne, co lek przepisany na receptce.

Uwaga: osoba wydająca receptę może na niej zastrzec, że możesz otrzymać wyłącznie określony produkt leczniczy. Na twojej receptce przy wskazanym leku pojawi się wtedy adnotacja „nie zamieniać” lub „NZ”.

Materiały - wzór recepty

Recepta	
Pacjent	Oddział NFZ
	Uprawnienia dodatkowe
Rp	Odpłatność
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2014 r. poz. 319, z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. Nr 169, poz. 1216, z późn. zm.)

3. E-recepta

to elektroniczny dokument, który zastępuje tradycyjną, papierową receptę. E-receptę zrealizujesz na podstawie czterocyfrowego kodu, który otrzymasz e-mailem lub SMS-em, w zależności od tego, jak skonfigurujesz swoje Konto Pacjenta. Możesz też dostać wydruk informacyjny

Co zyskasz dzięki e-receptcie?

- jeżeli przepisano Ci więcej leków, nie musisz prosić o odpis i nie utracisz refundacji — każdy lek możesz kupić w dowolnej aptece,

nie ma ryzyka, że otrzymasz niewłaściwy lek — e-recepta jest zawsze czytelna

nie zgubisz jej — wszystkie e-recepty zapisują się na Twoim Internetowym Koncie Pacjenta

- zrealizujesz ją w każdej aptece w Polsce,

...a jeżeli korzystasz z Internetowego Konta Pacjenta:

- w każdej chwili możesz sprawdzić, jak przyjmować lek — na e-receptcie znajdziesz informacje o przepisany dawkowaniu,
- odbierzesz kolejną e-receptę bez wizyty w gabinecie (w przypadku choroby przewlekłej i po konsultacji, np. telefonicznej, z lekarzem),
- możesz sprawdzać dawkowanie leków przepisanych Twoim dzieciom do 18. roku życia.

Jak działa e-recepta?

1. Lekarz wystawi e-receptę

2. Otrzymasz

SMS
z 4-cyfrowym
kodem



albo **e-mail**
z załączoną w PDF
informacją o e-receptce



Lekarz może również
dać Ci wydruk
informacyjny



3. W aptece

podasz 4-cyfrowy kod z SMS-a
i PESEL (swoją lub osoby,
dla której kupujesz lek)

farmaceuta zeskanuje kod
z informacji o e-receptce,
którą masz w e-mailu

farmaceuta wyda Ci lek
na podstawie wydruku
informacyjnego

Odbieraj recepty SMS-em lub e-mailem

1. Zaloguj się na swoje Internetowe Konto Pacjenta.
2. Następnie w zakładce „Moje konto” wybierz rodzaj powiadomień: SMS lub e-mail (albo jedno i drugie).
Jeśli logujesz się po raz pierwszy, możesz już w pierwszym kroku podać swój numer telefonu i/lub adres e-mail, na który będziesz otrzymywać powiadomienia.

E-recepta w aplikacji mojejKP

Możesz wygodnie odbierać e-recepty na telefonie w bezpłatnej, mobilnej aplikacji mojejKP.

Po pierwszym uruchomieniu logujesz się do niej własnym kodem albo odciskiem palca lub identyfikacją twarzy.

W aplikacji możesz też odbierać e-recepty Twoich dzieci i bliskich.

Jak długo ważna jest e-recepta?

Co do zasady e-recepta jest ważna 30 dni, ale są i takie, które są ważne 7, 120 lub 365 dni. Żeby e-recepta była ważna rok, lekarz musi to zaznaczyć.

E-recepty na niektóre leki mają z góry określony termin ważności:

- najmniej czasu masz na wykupienie antybiotyku — tylko 7 dni,
- e-recepta na preparaty immunologiczne będzie ważna przez 120 dni.

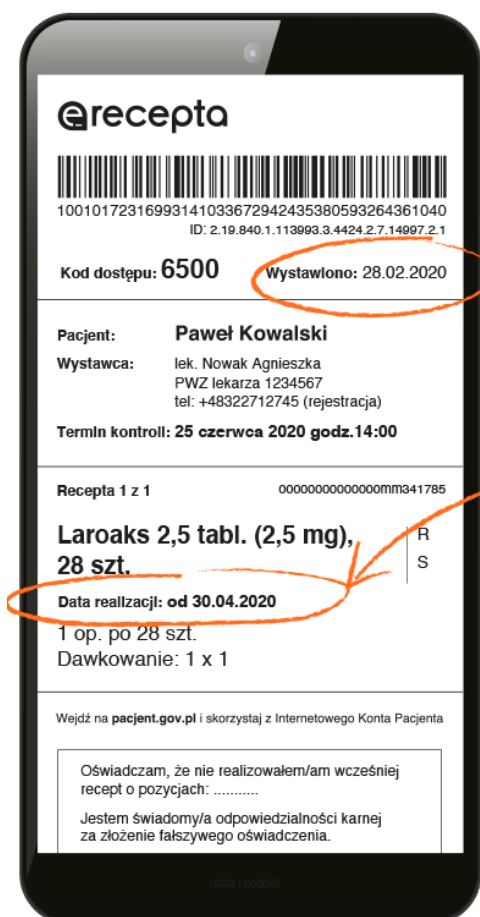
Pozostałe e-recepty są ważne **przez 30 dni**.

E-recepty ważne przez 30 dni

E-recepty ważnej przez 30 dni po tym terminie już nie zrealizujesz.

Możesz taką e-receptę 30-dniową wykupić w późniejszym terminie tylko, jeśli lekarz zaznaczy, że możesz zrealizować e-receptę od konkretnej daty. To częste rozwiązanie w przypadku leków na choroby przewlekłe.

Jeśli lekarz nie wpisał daty realizacji („**data realizacji od ...**”) to czas na wykupienie e-recepty rozpoczyna się w momencie jej wystawienia. Jeśli lekarz zaznaczył późniejszą datę realizacji, to na e-recepcie ją zobaczysz — od tego dnia możesz wykupić lek. 30 dni ważności e-recepty licz od tej daty.



E-recepta ważna przez **30 dni**

data wystawienia e-recepty:
28.02.2020

data realizacji e-recepty:
od 30.04.2020

Taką receptę wykupisz
w ciągu 30 dni
od dnia 30 kwietnia 2020

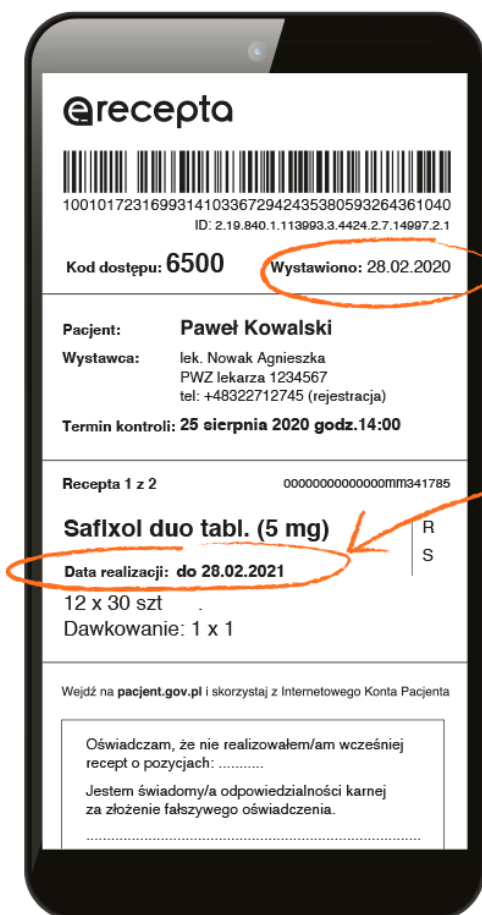
E-recepta ważna przez 365 dni

E-recepta może być także ważna przez 1 rok (365 dni). Taką e-receptę otrzymają m.in. pacjenci chorzy przewlekle, którzy na stałe przyjmują określone leki.

Lekarz musi zaznaczyć, że e-recepta ma być ważna przez 365 dni — zobaczysz na niej „**datę realizacji do**” określonego dnia.

Jednak mimo, że e-recepta jest wystawiona na 365 dni, to lekarz może przepisać lek maksymalnie na 360 dni kuracji.

Jeśli Twoja e-recepta ważna jest przez rok, i tak powinieneś wykupić pierwsze opakowanie nim minie 30 dni od daty jej wystawienia. Jeśli zrobisz to po 30 dniach, farmaceuta wyda Ci mniejszą ilość leku, proporcjonalnie do liczby dni, które upłynęły od daty wystawienia e-recepty albo od daty „realizacji od”. Przy wykupie kolejnych opakowań, bez względu na to, kiedy po nie przyjdiesz, farmaceuta już nie będzie zmniejszał Ci ilości leku.



E-recepta ważna przez **365 dni**

data wystawienia e-recepty:
28.02.2020

data realizacji e-recepty:
do 28.02.2021

**Pamiętaj, by wykupić
przynajmniej 1 opakowanie
leku z tej e-recepty
przed upływem 30 dni,
żeby nie utracić części leków**

Jednorazowo możesz wykupić zapas leku na 180 dni; nie ma możliwości wykupienia leku na 365 dni.

Jeżeli lekarz wystawił Ci e-receptę na 365 dni, upewnij się, że wypisał na niej, jak dawkować lek. Jeśli nie określił dawkowania, e-receptę wystawioną na 365 dni musisz zrealizować w ciągu 30 dni.

Jeśli dany lek wypisany przez lekarza w większej ilości np. 10 opakowań kupujesz „na raty” to zakupy muszą odbywać się w jednej i tej samej aptece.

Podstawa prawna

1. Ustawa — Prawo farmaceutyczne (**Dz.U. 2019 poz. 499**)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept (**Dz.U. 2019 poz. 2395**)

Ty decydujesz, gdzie i kiedy wykupić lek z e-recepty

Leki z e-recepty możesz wykupić w kilku aptekach w różnym czasie, ale kupując kolejne opakowania jednego leku, musisz wrócić do tej samej apteki.

Jak wykupić leki z e-recepty?

E-recepta to wygoda. Leki z e-recept możesz wykupić w różnych aptekach. Nie musisz szukać apteki, która będzie miała (lub zamówi) wszystkie przepisane leki. Możesz kupić część leków w jednej aptece, a część w drugiej. Jest to duże ułatwienie, jeśli zależy Ci na niższej cenie leku lub jesteś w podróży.

Pamiętaj jednak, że wszystkie przepisane opakowania jednego leku musisz wykupić **w tej samej aptece, w której wykupiłeś pierwsze opakowanie**. Możesz rozłożyć ten zakup w czasie i najpierw kupić tylko jedno opakowanie, a dopiero po jakimś czasie kolejne. Jednak po to kolejne opakowanie leku przyjdź do tej apteki, w której kupiłeś pierwsze. Inna apteka go nie sprzeda.

1 lek w kilku opakowaniach = ta sama apteka

Przykłady

- Lekarz przepisał Ci **jedno opakowanie jednego leku**?
Wykupisz je w dowolnej aptece.
- Lekarz przepisał Ci **kilka różnych leków**? Możesz wykupić każdy z nich w innej, dowolnej aptece, ale jeśli kupujesz np. tylko jedno z trzech przepisanych opakowań leku, to po drugie i trzecie musisz wrócić do tej samej apteki, w której kupiłeś/aś pierwsze.
- Lekarz przepisał Ci **trzy opakowania leku A i jedno opakowanie leku B**?
W Aptece I wykupiłeś/aś pierwsze opakowanie leku A. Leku B nie było. Lek B kupiłeś/aś w Aptece II. Po pozostałe opakowania leku A idziesz do Apteki I.

Kupując jeden lek z e-recepty w jednej aptece, a kolejne leki w innych aptekach, nie tracisz prawa do refundacji.

Oczywiście, jak dostaniesz kolejną e-receptę na ten sam lek, już nie musisz wracać do tej samej apteki, w której wykupiłeś go przy poprzedniej e-recepcie.

Podstawa prawna

1. Ustawa — Prawo farmaceutyczne (**Dz.U. 2019 poz. 499**)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept (**Dz.U. 2019 poz. 2395**)

4. Bezpłatne leki dla seniorów 75+

Po ukończeniu 75 lat, masz prawo do bezpłatnych leków na choroby wieku podeszłego. Potrzebujesz na nie recepty.

Bezpłatnie leki przysługują wszystkim seniorom 75+, których obejmuje ubezpieczenie zdrowotne. Ukończenie 75. roku życia weryfikowane jest na podstawie numeru PESEL lub daty urodzenia (w przypadku osób bez numeru PESEL). Bezpłatne leki przysługują od dnia 75. urodzin pacjenta.

Jakie leki są bezpłatne?

Bezpłatne są leki wymienione w wykazie Ministerstwa Zdrowia. Obejmuje on leki, które na podstawie obowiązującego obwieszczenia refundacyjnego są wydawane pacjentom za odpłatnością ryczałtową 50 proc. lub 30 proc. Są to leki stosowane w leczeniu chorób wieku podeszłego. Lista bezpłatnych leków z roku na rok rośnie.

Aktualny wykaz leków dostępnych bezpłatnie dostępny jest na stronie projektu leki 75+. <https://75plus.mz.gov.pl/>

Wykaz obejmuje leki, które na podstawie obowiązującego obwieszczenia refundacyjnego są wydawane pacjentom za odpłatnością ryczałtową 50% lub 30%.

W wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującym od 1 marca 2022 r. lista

bezpłatnych leków dla seniorów zawiera 2085 pozycji obejmujących 173 substancje czynne w 83 grupach limitowych (plik z listą w załączeniu – 62D)

Wykaz bezpłatnych leków stanowi część D obwieszczenia refundacyjnego. Natomiast w części A1 obwieszczenia refundacyjnego znajduje się informacja o wskazaniach objętych refundacją.

Kto może wystawić receptę?

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
- pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej uprawniona do wystawiania recept,
- emerytowany lekarz dowolnej specjalności (który ma prawo wykonywania zawodu, ale zaprzestał jego wykonywania) – dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej – do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.

Jeżeli lekarz specjalista uważa, że pacjent powinien być leczony lekami, które mogą być przepisane bezpłatnie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, to przekazuje lekarzowi POZ pisemną informację na temat zdiagnozowanej choroby i zalecanego leczenia. Lekarz POZ może na podstawie przekazanej informacji przepisać leki bezpłatnie. Lekarz specjalista ma w dalszym ciągu możliwość przepisania leków refundowanych na zasadach ogólnych.

Jak prawidłowo wystawić receptę?

Osoba, która wystawia receptę dla seniora, w polu „kod uprawnień dodatkowych” umieszcza symbol „S”. Farmaceuta nie ma prawa wpisania ani poprawiania tego kodu na recepcie. Odpłatność za leki jest oznaczana w taki sam sposób, jakby lek był przepisany na zasadach ogólnych (czyli takich jak dla pacjentów poniżej 75 roku życia, np. 50%, 30%, ryczałt). W przypadku wpisania w tej rubryce wartości 100% pacjent otrzyma leki pełnopłatnie. Farmaceuta sprawdza, które z przepisanych leków przysługują pacjentowi bezpłatnie, a następnie wydaje te leki pacjentowi.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (**Dz.U. 2019 poz. 1373**)

Na czym polega projekt leki 75+?

Projekt Leków 75+ w 2020 roku:

- **2,4 mln** seniorów, którzy skorzystali z bezpłatnych leków,
- **836 mln zł** zaplanowane na realizację projektu,
- **754,8 mln zł** wydatkowane na realizację projektu,
- **69 mln** wydanych opakowań bezpłatnych leków dla seniorów,
- **36,6 mln** zrealizowanych recept z kodem uprawniającym „S”,
- **2051 pozycji** na liście leków 75 plus (tzw. listopadowe obwieszczenie refundacyjne).

Wydatki pacjentów 75+ na leki refundowane:

- 860 mln zł w 2015 r.
- 765 mln zł w 2016 r. (wydatki zmniejszyły się o 95 mln zł)
- 485 mln zł w 2017 r. (wydatki zmniejszyły się o 375 mln zł)
- 360 mln zł w 2018 r. (wydatki zmniejszyły się o 500 mln zł)

5. Podstawowa opieka zdrowotna

Najważniejsze ogniwa systemu opieki zdrowotnej w Polsce to praktyki lekarskie, pielęgniarek i położnych, przychodnie i szpitale. Do niektórych z nich możemy wybrać się bez skierowania, do innych potrzebujemy takiego dokumentu.

Pierwszy szczebel: podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to przede wszystkim Twój lekarz pierwszego kontaktu. To do niego najpierw zgłaszasz się w razie choroby, na okresowe badania kontrolne oraz szczepienia.

Pomoc otrzymasz w przychodni, a w przypadkach uzasadnionych medycznie także w domu (również w domu pomocy społecznej). Jeśli Twoja choroba uniemożliwia Ci dotarcie do poradni POZ, możesz zamówić wizytę domową lekarza, pielęgniarki lub położnej.

POZ obejmuje także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą, którą sprawuje pielęgniarka/higienistka w szkole lub przedszkolu.

W ramach POZ wybierasz:

- lekarza,
- pielęgniarkę,
- położną.

Wyboru dokonujesz poprzez złożenie pisemnej deklaracji w wybranej przez Ciebie przychodni. Możesz to zrobić za pośrednictwem **Internetowego Konta Pacjenta**.

POZ jest dostępna w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy za wyjątkiem:

- świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania,
- świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ.

Jeśli przyjdiesz chory do przychodni, powinieneś uzyskać wizytę w dniu zgłoszenia. Jeśli to niemożliwe – w terminie uzgodnionym z Tobą.

W czasie pandemii świadczenia POZ są dostępne przede wszystkim w formie teleporady.

Najlepiej jest, jeśli cała rodzina korzysta z tej samej praktyki lub przychodni POZ — dzięki temu specjaliści tam pracujący będą mieli więcej informacji o całej rodzinie, co w przypadku niektórych chorób ułatwia leczenie i diagnozowanie.

Szczebel drugi: leczenie specjalistyczne czyli ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Jeśli lekarz POZ uzna, że potrzebujesz leczenia specjalistycznego, wypisze Ci skierowanie do specjalisty. Trafisz wtedy do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Masz prawo wyboru dowolnej poradni specjalistycznej (takiej, do jakiej masz skierowanie), spośród tych, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał umowę. Skierowanie uprawnia Cię jednak do zapisania się do tylko do jednej przychodni. Możesz się zapisać telefonicznie, mailowo lub osobiście bez druku skierowania, ale dokument ten trzeba dostarczyć w ciągu 14 dni od umówienia wizyty.

Jak długo ważne jest skierowanie?

Trzeba je „odnowić”, jeśli nie podjąłeś leczenia w ciągu ostatnich 730 dni. Jeśli specjalista zdecyduje, że musisz do niego przyjść na kolejne konsultacje/badania, nie musisz mieć nowego skierowania. Nowe skierowanie będzie konieczne wtedy, gdy zakończyłeś leczenie u danego specjalisty, a pojawił się ponownie lub zupełnie nowy problem zdrowotny, który wymaga diagnostyki i leczenia w AOS.

Jest grupa lekarzy specjalistów, do których **nie potrzebujesz** skierowania:

- psychiatra,
- ginekolog i położnik,
- onkolog,
- wenerolog,
- dentysta.

Są grupy pacjentów, które nie muszą mieć skierowania do poradni specjalistycznej należą do nich:

- osoby chore na gruźlicę,

- osoby zakażone wirusem HIV,
- inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci oraz osoby represjonowane,
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby, które były represjonowane z powodów politycznych,
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osoby, które były deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich.

W Polsce nie obowiązuje już tzw. rejonizacja, co oznacza, że to pacjent wybiera placówkę, w której chce się leczyć. Może się ona zatem znajdować poza miejscowością, w której mieszka.

Trzeci szczebel: szpital

Zarówno lekarz POZ, jak i specjalista, może skierować Cię do szpitala. Masz prawo do wyboru dowolnego szpitala na terenie Polski, pod warunkiem, że posiada on umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W sytuacji, gdy jest to konieczne ze względu na Twój stan zdrowia, do szpitala może Cię skierować także lekarz, który nie ma podpisanej umowy z Narodowym Funduszem

Zdrowia (czyli taki, u którego leczysz się prywatnie), a za leczenie szpitalne nie musisz wtedy płacić. Nie masz jednak prawa do bezpłatnych badań czy konsultacji u specjalisty na podstawie skierowania lekarza prywatnego — na takie może kierować wyłącznie lekarz, który ma kontrakt z NFZ lub pracuje w placówce posiadającej taki kontrakt.

Skierowanie na leczenie szpitalne, zachowuje swoją ważność do czasu ustalenia terminu przyjęcia pacjenta.

Do szpitala możesz się zgłosić także sam, bez skierowania, jeśli uległeś wypadkowi, zatruciu, urazowi, rozpoczął się poród, w sytuacji zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia się zdrowia.

Szpital nie musi przyjąć Cię na leczenie w oddziale szpitalnym natychmiast — to zależy od Twojego stanu zdrowia oraz możliwości przyjęcia Cię w danym momencie. Ta zasada nie obowiązuje, jeśli zdarzy się sytuacja nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W takiej sytuacji szpital musi przyjąć Cię niezwłocznie, by ratować Twoje życie i zdrowie. Jeśli nie ma takiej możliwości (ponieważ np. nie dysponuje odpowiednim sprzętem, w jego strukturze nie ma oddziału zajmującego się danym problemem zdrowotnym), musi zadbać, byś przejechał odpowiednim transportem medycznym do właściwego dla Ciebie szpitala.

W czym pomoże Ci farmaceuta?

Farmaceuta to zawód zaufania publicznego. Każdy pacjent może od farmaceuty otrzymać poradę i wskazówki, jak stosować lek, kiedy udać się do lekarza, jaki kupić opatrunek, jakie środki zastosować w określonej sytuacji.

Farmaceuta:

- pomoże Ci w obsłudze urządzeń medycznych,
- wskaże możliwe niekorzystne interakcje między lekami,
- doradzi w przypadku drobnych dolegliwości, np. przeziębienia,

- poinformuje, jak prawidłowo przechowywać leki,
- wskaże tańsze zamienniki leków,
- przejrzy Twoją domową i wakacyjną apteczkę,
- udzieli dermokonsultacji.

Podstawa prawna

Ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (**Dz.U. 2017 poz. 2217**).

Co robi farmaceuta w szpitalu?

Głównym zadaniem farmaceuty w szpitalu jest zaopatrywanie szpitala, a więc pacjentów w leki i wyroby medyczne. Współuczestniczy także w ustalaniu szpitalnej listy leków i profilaktyki okołoperacyjnej. Zanim jednak lek trafi do pacjenta, farmaceuta musi wykonać wiele czynności – zakupić leki, sprawdzić ich autentyczności, a następnie przygotować dawki na potrzeby konkretnego pacjenta.

Farmaceuta szpitalny przygotowuje leki recepturowe, wydzielaienne porcje medykamentów, które trafiają na oddziały w określonym czasie, w szczególnie wyliczonych dawkach.

Wspólnie z lekarzem i mikrobiologiem nadzoruje także antybiotykoterapię.

6. Skierowanie

Od 8 stycznia 2021 roku skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej.

E-skierowanie umożliwia pełną, elektroniczną obsługę procesu skierowania na leczenie – od momentu wystawienia skierowania do momentu realizacji.

- wszystkie Twoje e-skierowania będą dostępne na Internetowym Koncie Pacjenta,
- znika obowiązek dostarczenia do placówki oryginału skierowania w terminie 14 dni.

➤ **Kiedy wystawiane jest e-skierowanie?**

E-skierowanie jest wystawione na następujące świadczenia:

- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem porady w zakresie logopedii,
- leczenie szpitalne,
- badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ,
- rezonans magnetyczny,
- badanie endoskopowe przewodu pokarmowego,
- badanie echokardiograficzne płodu.

➤ **Co zyskasz dzięki e-skierowaniu?**

- nie musisz dostarczać skierowania osobiście w terminie 14 dni — wystarczy rejestrując się osobiście lub telefonicznie podać 4-cyfrowy kod i PESEL (to ważne szczególnie dla osób samotnych i schorowanych),
- nie będziesz wracać do lekarza z powodu nieczytelności ręcznie wypisanego dokumentu,
- nie zgubisz e-skierowania — jest zapisane na Internetowym Koncie Pacjenta; świadczeniodawca zawsze może odtworzyć kod e-skierowania, które wystawił, a Ty możesz sprawdzić kod na swoim IKP,

- możesz (Ty lub upoważniona przez Ciebie osoba) monitorować historię leczenia na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) i w każdym momencie sprawdzić historię e-skierowań,
- zmniejszą się kolejki spowodowane tym, że pacjenci zapisują się do kilku placówek na podstawie jednego skierowania — po dokonaniu pierwszego zapisu e-skierowanie zostanie automatycznie przypisane do placówki i nie będzie można go jednocześnie zarejestrować w innej.

➤ Jak dostaniesz e-skierowanie?

E-skierowanie możesz otrzymać w postaci:

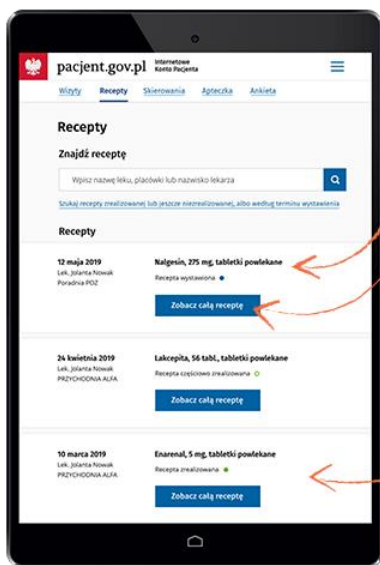
- SMS-a z 4 cyfrowym kodem
- e-maila z pdf-em
- wydruku informacyjnego e-skierowania.



Informacja o skierowaniu elektronicznym	
ID zbioru wersji	2.16.840.1.113883.3.4424.150224.2
	000000000000000000051
	
10030060476281271263062582402668132924572010	
Informacja umożliwia realizację elektronicznego skierowania, nie zastępując jednak jego treści. Wejdź na pacjent.gov.pl i poznaj szczegóły.	
Kod dostępu	1234
Pacjent	Michał Kowalski
Wystawiono	8 stycznia 2021 r.
Wystawca	Wawrzyniec Nowak PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ tel. 123 456 789 (rejestracja)
Nazwa	Dokument skierowania
Typ	Skierowanie na badanie lub leczenie
Specjalność	Poradnia kardiologiczna

Żeby otrzymać e-skierowanie w postaci SMS-a lub e-maila, zaloguj się na swoje Internetowe Konto Pacjenta, wejdź w „Ustawienia” i wpisz numer telefonu lub adres e-mailowy.

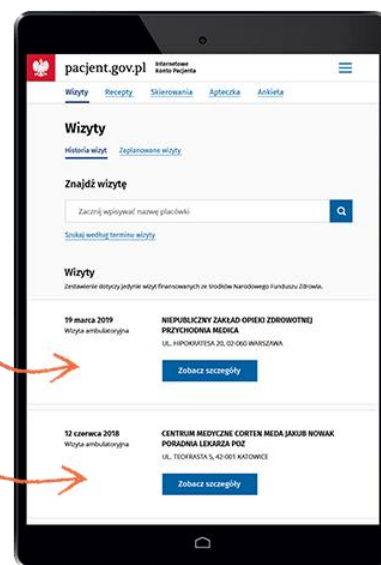
Internetowe Konto Pacjenta



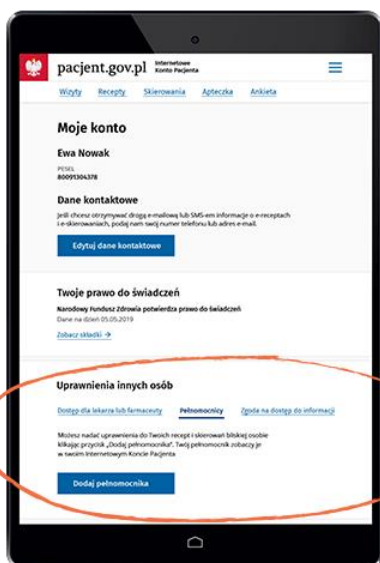
Na swoim IKP:

zobaczysz swoje e-recepty
z informacją o dawkowaniu leków

sprawdzisz, jakie recepty
(także papierowe) zrealizowałeś
po 1 stycznia 2019



znajdziesz historię
swoich wizyt
(od 2008 roku),
opłaconych przez NFZ



udostępnisz bliskiej osobie
lub lekarzowi informację
o stanie zdrowia i historię
przepisanych leków

masz dostęp do danych
medycznych swoich dzieci
do 18. roku życia



➤ **Kiedy e-skierowanie nie jest wystawiane?**

E-skierowanie nie jest wystawiane na:

- leczenie w uzdrowisku lub sanatorium,
- programy lekowe,
- rehabilitację,
- do szpitala psychiatrycznego.

W czasie pandemii **nie potrzebujesz też skierowania do psychologa.**

W tych przypadkach dostaniesz skierowanie w postaci papierowej.

Skierowanie może być wystawione w formie papierowej, jeśli lekarz lub inna uprawniona osoba (położna, pielęgniarka, farmaceuta, felczer):

- nie ma dostępu do systemu e-zdrowie (P1) np. w przypadku awarii tego systemu, systemu gabinet.gov.pl w placówce lub braku dostępu do Internetu np. podczas wizyty domowej,
- wystawia skierowanie osobie o nieustalonej tożsamości,
- jest z innego państwa członkowskiego UE i tylko tymczasowo i okazjonalnie udziela świadczeń zdrowotnych w Polsce.

E-skierowanie nie jest też wystawiane w ramach zlecenia wewnętrznego np. kiedy szpital, w którym przebywasz, kieruje Cię na badanie specjalistyczne na terenie placówki.

Nadal nie potrzebujesz skierowania w żadnej formie do:

- psychiatry,
- ginekologa i położnika,
- onkologa,
- wenerologa,
- dentysty.

➤ **Jak zarejestrować e-skierowanie?**

Na konsultację lub badanie możesz się zapisać telefonicznie, podając kod e-skierowania oraz nr PESEL. Jeśli zapisujesz się osobiście, pokazujesz w rejestracji e-mail z informacją o skierowaniu lub SMS z kodem, aby przychodnia mogła go zeskanować, a także podajesz swój PESEL.

Podczas pandemii możliwe, że niektóre placówki jeszcze nie są gotowe na obsługę e-skierowania.

➤ **E-skierowanie w aplikacji mojejKP**

Możesz wygodnie odbierać e-skierowanie na telefonie w bezpłatnej, mobilnej aplikacji. Po pierwszym uruchomieniu logujesz się do niej własnym kodem albo odciskiem palca lub identyfikacją twarzy.

W aplikacji możesz też odbierać e-skierowania Twoich dzieci i bliskich.

Źródło: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/eskierowanie>

7. Leczenie uzdrowiskowe

➤ **Jak wyjechać do uzdrowiska?**

Do uzdrowiska jedziesz po to, by skorzystać z zabiegów, które poprawią Twoje zdrowie. Jest to kontynuacja leczenia, które zaczęło się w szpitalu lub w przychodni

Świadczenia są realizowane w warunkach:

- ambulatoryjnych – czyli przychodzisz tylko na zabiegi, mieszkasz i stołujesz się gdzie indziej,
- stacjonarnych – mieszkasz i stołujesz się w tym samym miejscu, w którym masz zabiegi.

W uzdrowisku wykorzystywane są różne bogactwa naturalne i formy oddziaływania fizycznego:

- wody mineralne,
- borowiny,
- bodźce klimatoterapeutyczne,
- hydroterapia,
- fizykoterapia,
- kinezyterapia.

W czasie pobytu, w zależności od uzdrowiska i Twoich potrzeb, możesz skorzystać między innymi z:

- kąpeli leczniczych i ćwiczeń w basenach,
- kuracji pitnych i inhalacji,
- natrysków,
- biczów szkockich, masaży wodnych,
- zawijań i okładów,
- ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii,
- ultradźwięków, magnetoterapii, laseroterapii,
- krioterapii,
- masażu leczniczego,
- gimnastyki indywidualnej i zbiorowej.

Na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci:

- wystarczająco sprawni, by odbyć podróż do uzdrowiska,
- samodzielni,
- zdolni do samoobsługi,
- zdolni do korzystania z zabiegów leczniczych.

➤ **Czas leczenia uzdrowiskowego**

Pobyt dorosłego w szpitalu uzdrowiskowym trwa 21 dni i jest bezpłatny. Pobyt dziecka trwa 27 dni.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym trwa 21 dni i jest częściowo odpłatny. Pobyt dziecka jest bezpłatny.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest bezpłatny.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od 6 do 18 dni.

➤ **Skierowanie**

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (czyli taki, który przyjmuje w ramach NFZ). Weźmie on pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia, potrzeby Twojego organizmu oraz zakładany wpływ leczenia uzdrowiskowego na Twój stan zdrowia. To ważne, bo leczenie uzdrowiskowe jest leczeniem bodźcowym i niektóre schorzenia mogą ulegać zaostrzeniu.

Kiedy lekarz wystawi Ci skierowanie na leczenie uzdrowiskowe:

- upewnij się, że jest wypełnione prawidłowo i czytelnie,
- prześlij je do swojego oddziału wojewódzkiego NFZ lub upewnij się, że prześle je Twój lekarz,
- dopilnuj terminu 30 dni od daty wystawienia na złożenie skierowania – inaczej straci ono ważność.

Jeżeli lekarz wpisze wymagane wyniki badań (morfologii, OB, moczu, EKG, zdjęć RTG), do wypełnionych druków nie należy dodatkowo załączać wyników. W przypadku składania wraz ze skierowaniem kart informacyjnych z pobytów szpitalnych należy dołączać kserokopie tychże dokumentów.

Jeżeli zostanie ustalony termin leczenia, oddział wojewódzki NFZ doręczy Ci potwierdzone skierowanie nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia leczenia.

W przypadku osób dorosłych zalecane jest korzystanie z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym nie częściej niż raz na 18 miesięcy. Kolejne skierowanie możesz złożyć do swojego oddziału wojewódzkiego NFZ dopiero po upływie 12 miesięcy od dnia, w którym skończyło się Twoje poprzednie leczenie uzdrowiskowe.

Pracownicy zakładów, które stosowały w produkcji azbest, mają specjalne uprawnienia do korzystania z leczenia uzdrowiskowego. Żeby z nich skorzystać, musieli być zatrudnieni w tych zakładach w dniu 28 września 1997 roku lub przed tą datą. Na tej podstawie są uprawnieni do korzystania z leczenia uzdrowiskowego raz w roku i są zwolnieni z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym.

➤ **Płatności**

Podczas leczenia uzdrowiskowego ponosisz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie.

Odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym jest różna ze względu na sezon oraz standard zajmowanego pokoju. Zwolnienie z opłat w sanatorium dla dorosłych przysługuje:

- pracownikom związanym z produkcją wyrobów zawierających azbest na podstawie odrębnych przepisów,
- dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, a jeśli kształcą się dalej - do ukończenia lat 26,
- dzieciom niepełnosprawnym w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku.

NFZ nie ponosi:

- kosztów przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego,
- kosztów częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowiskowych,
- kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego,
- kosztów pobytu opiekuna pacjenta,
- dodatkowych obowiązujących w miejscu położenia zakładu opłat, np. opłat klimatycznych,
- kosztów zabiegów przyrodoleczniczych i rehabilitacyjnych, niezwiązanych z celem pobytu.

Jeżeli Twoje skierowanie na leczenie uzdrowiskowe zostało przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, w serwisie internetowym NFZ możesz na bieżąco śledzić, na jakim etapie jest jego realizacja.

Wystarczy w przeglądarce skierowań dostępnej na stronach poszczególnych oddziałów NFZ oraz centrali wpisać numer skierowania. Numer, o którym mowa, powinien być otrzymany pocztą. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przesłał go po zarejestrowaniu Twojego skierowania.

Twoje dane są bezpieczne! System udostępnia jedynie anonimowe informacje o skierowaniu na leczenie uzdrowiskowe:

- bieżący status,
- datę wystawienia przez lekarza,
- datę wpływu do oddziału NFZ,
- oddział kierujący,
- ocenę lekarza z Funduszu:
 - rodzaj leczenia,
 - profil leczenia,
- numer w kolejce,
- miejsce i termin leczenia,
- zakład lecznictwa uzdrowiskowego,
- adres,
- telefon,
- termin leczenia / okres, w którym powinno odbyć się leczenie.

➤ **Leczenie uzdrowiskowe w czasie pandemii**

Od 11 marca uzdrowiska wznowiły działalność.

Jeśli chcesz wyjechać do sanatorium, musisz mieć:

- negatywny wynik testu na COVID-19 albo zaszczepić się przeciwko COVID-19 (2 dawki)

- aktualne skierowanie na leczenie, potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ.

➤ **Gdzie i jak zrobić test**

Zrób test:

- we wskazanych punktach pobrań, zwanych drive-thru
- nie wcześniej niż 4 dni przed terminem rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego.

Test diagnostyczny jest bezpłatny. Informację o terminie i miejscu wykonania testu otrzymasz SMS-em, przez system eKolejka. Nie potrzebujesz żadnego dodatkowego skierowania na badanie. Do punktu pobrań zabierz dowód osobisty.

Jeśli nie możesz udać się na badanie we wskazanym miejscu i terminie, możesz skorzystać z dowolnego innego punktu pobrań.

Jeżeli jesteś zaszczepiony (przyjąłeś 2 dawki), nie musisz wykonywać testu w kierunku COVID-19.

➤ **Jak odebrać wynik testu?**

Skontaktuj się z sanatorium, do którego jedziesz (jego nazwa znajduje się na skierowaniu) i podaj swój aktualny numer telefonu. Sanatorium poinformuje Cię telefonicznie o wyniku testu. Zrobi to przed Twoim wyjazdem. Gdy wynik testu będzie negatywny, możesz rozpocząć leczenie.

Wyniki testu znajdziesz też na Twoim Internetowym Koncie Pacjenta.

Podstawa prawna

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz.U. 2011 nr 142 poz. 835 ze zm.)
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2021 poz. 367).

8. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Jeśli nagle zachorujesz lub stan Twojego zdrowia nagle się pogorszy, możesz udać się po pomoc do dowolnego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Pamiętaj, że nie obowiązuje rejonizacja.

Przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie pełnią dyżurów całodobowych. W noc i w dni ustawowo wolne od pracy ich rolę przejmują przychodnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w których możesz otrzymać pomoc w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

➤ Kiedy korzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej?

Skorzystaj z niej, jeśli Ty lub Twoje dziecko źle się czujecie i obawiasz się, że stan zdrowia pogorszy się do następnego dnia. Ale nie ma zagrożenia życia. Udaj się do najbliższego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz może zdecydować się na wizytę domową. Jeśli jednak Ty lub Twoje dziecko czujecie się źle, ale stan jest stabilny, poczekaj do następnego dnia. Zwróć się po pomoc do swojego lekarza POZ.

Ważne: od 20 listopada 2020 roku lekarz, który udziela świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jest uprawniony do wystawienia zlecenia na testy na koronawirusa.

➤ Gdzie szukać pomocy?

Najbliższy punkt nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej znajdziesz na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia. Po wybraniu swojego województwa zobaczysz, gdzie skorzystasz z pomocy najbliżej swojego miejsca zamieszkania.

Źródło: <https://pacjent.gov.pl/nocna-i-swiateczna-opieka-zdrowotna>

9. Gdzie znaleźć pomoc w nagłym przypadku?

Kiedy zachorujemy w dzień roboczy, w godzinach pracy pobliskiej przychodni – zgłaszamy się do lekarza POZ. Ale gdzie mamy szukać pomocy nocą lub w święta?

Jeśli Ty lub Twoje dziecko nagle zachorowaliście lub gorzej się poczuliście, ale nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia, możesz skorzystać z kilku wariantów pomocy medycznej. Twój wybór powinien być podyktowany stanem zdrowia, pilnością przypadku, koniecznością podjęcia natychmiastowej diagnostyki i leczenia.

➤ **Pomoc medyczna**

Jak wezwać pomoc?

Jeśli jesteś świadkiem nagłego zdarzenia, które wymaga interwencji służb ratowniczych, **zadzwoń pod numer 112** – to bezpłatny telefon alarmowy dostępny na terenie całej Unii Europejskiej.

Choć konieczność wezwania pomocy jest niezwykle stresująca, musisz zachować zimną krew. Dzięki Twoim jasnym, zwięzłym i konkretnym informacjom dyspozytor wyśle na miejsce zdarzenia odpowiedni zespół ratujący życie i zdrowie.

Przede wszystkim:

- podaj **adres** miejsca, do którego wzywasz pomoc - nawet gdyby coś przerwało Twoją rozmowę, dyspozytor ma szansę zareagować na zgłoszenie,
- powiedz krótko, **co się stało** – wystarczy informacja o wypadku komunikacyjnym, o topieniu się czy urazie głowy z utratą przytomności,
- określ **liczbę poszkodowanych** – operator musi wiedzieć, czy wystarczy wysłanie jednego zespołu pogotowia,
- oceń **stan poszkodowanego** – czy jest przytomny, reaguje, oddycha, krwawi,
- podaj **swoje nazwisko i telefon** – gdyby zespół ratunkowy miał trudności ze znalezieniem adresu, może się z Tobą skontaktować.

Nie rozłączaj się pierwszy. Dyspozytor zada Ci zapewne kilka dodatkowych pytań. To pozwoli mu ocenić prawidłowo zgłoszenie i wysłać odpowiednią pomoc.

Gdzie znaleźć pomoc nocną i świąteczną?

Z nocnej i świątecznej pomocy medycznej możesz skorzystać niezależnie od swojego miejsca zamieszkania.

Placówki działają:

- **od poniedziałku do piątku** w godzinach **od 18:00 do 8:00** dnia następnego,
- **w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy** całodobowo, w godzinach **od 8:00 danego dnia do 8:00** dnia następnego.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe działają **całodobowo przez 7 dni w tygodniu**.

Izby przyjęć pracują **całodobowo przez 7 dni w tygodniu**.

10. Aplikacja MObywatel

Czym jest mObywatel?

mObywatel to cyfrowy portfel na dokumenty i usługi. Dzięki aplikacji:

- ✓ bezpiecznie pobierasz i okazujesz swoje dane,
- ✓ szybko i skutecznie zalogujesz się do e-Urzędu Skarbowego (i rozliczysz PIT),
- ✓ realizujesz eRecepty bez podawania numeru PESEL,
- ✓ realizujesz zniżki, korzystasz z przywilejów dla dużych rodzin (3+),
- ✓ przechowujesz potwierdzenie szczepienia przeciwko COVID-19,
- ✓ potwierdzasz nabyte uprawnienia kierowcy,
- ✓ sprawdzasz swoje punkty karne,
- ✓ okazujesz i sprawdzasz dane swojego samochodu,
- ✓ korzystasz z mLegitymacji szkolnej lub studenckiej.

Adres:

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Zespół publicznej aplikacji mobilnej - mObywatel

ul. Królewska 27

00-060 Warszawa

II. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) połączył się z Internetowym Kontem Pacjenta (IKP)

Dlaczego IKP?

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) to nowoczesne narzędzie w systemie ochrony zdrowia. Ma ułatwić pacjentom wygodne korzystanie z usług cyfrowych i uporządkować rozproszone dotąd informacje medyczne o stanie zdrowia w jednym miejscu. To bezpłatne konto ma każdy, kto ma PESEL.

Wystarczy się tylko zalogować.

Wejdź na **Internetowe Konto Pacjenta** przez stronę [Pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) lub aplikację mobilną **mojeIKP**.

Jak się zalogować?

- Otwórz stronę pacjent.gov.pl
- Zaloguj się do IKP poprzez:
 - dane dostępowe z ZIP,
 - poprzez Profil Zaufany lub e-dowód,
 - bankowość elektroniczną: iPKO, Inteligo, Pekao SA lub konto w banku spółdzielczym.

Jeśli nie pamiętasz hasła lub loginu do ZIP, nie ma już możliwości ich odzyskania. Skorzystaj z innych form logowania.

Szukasz dostępu do wyszukiwarki Gdzie się Leczyć?

Zajdziesz ją tutaj: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/>

1. Przychodnie w powiecie legnickim.

1. Przychodnia Rejonowa w Chojnowie

ul. Legnicka 12, 59-225 Chojnów
Telefon: 76/ 818-85-14

2. Ośrodek Zdrowia w Krzywej

Krzywa 17a, 59-225 Chojnów
Telefon: 76/818-89-68

3. Ośrodek Zdrowia w Rokitkach

Rokitki 18, 59-225 Chojnów
Telefon: 76/817-88-28

4. Gminny Ośrodek Zdrowia w Miłkowicach

Ul. Działkowa 2a
59-222 Miłkowice
Telefon: 76/887-13-19

5. Punkt Lekarski Rzeszotary

ul. Wiejska 72, Rzeszotary
59-222 Miłkowice
Telefon: 76/862-63-27

6. Gminna Przychodnia Zdrowia w Legnickim Polu

ul. Klasztorna 20, 59-241 Legnickie Pole
Telefon: 76/858-28-26, 76/858-28-25

7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Tyńcu Legnickim

Tyniec Legnicki 54, 59-243 Ruja
Telefon: 76/858-03-28

8. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Kunicach

ul. Staropolska 7a, 59-216 Kunice
Telefon: 76/857-53-26

9. Gminny Ośrodek Zdrowia w Krotoszycach

ul. Kopernika 9, 59-223 Krotoszyce
Telefon: 76/ 887-83-12

10. Gminny Ośrodek Zdrowia w Krotoszycach, Filia w Kościelecu

Kościelec – Kolonia 13, 59-223 Krotoszyce
Telefon: 76/871-17-56

11. Przychodnia Rejonowa w Prochowicach

ul. Antoniego Rymszy 3, 59-230 Prochowice
Telefon: 76/858-45-21

2. Nocna i świąteczna opieka medyczna w powiecie legnickim



Punkty nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej realizują świadczenia od godz. 18.00 do godz. 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne i w święta. Zgodnie z wykazem

świadczeniobiorców, którzy podpisali umowę z NFZ na terenie powiatu legnickiego nocną i świąteczną opiekę zdrowotną zabezpieczają:

- **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy**

ul. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica:

- 76 72 11 644 - rejestracja Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy,
- konsultacja w formie teleporady z lekarzem zostanie zrealizowana po telefonicznej rejestracji.

- **Przychodnia Rejonowa**

ul. Legnicka 12, 59-225 Chojnów

BUDYNEK II od strony ul. Kazimierza Wielkiego 11

Telefony kontaktowe: 510 784 412, 661 999 140

Ze świadczeń opieki nocnej i świątecznej należy skorzystać wtedy, gdy:

- nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem zdrowia,
- zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
- mamy istotne obawy, że oczekiwanie na otwarcie przychodni, może znacząco niekorzystnie wpłynąć na rozwój choroby i nasz stan zdrowia.

Uzasadnieniem dla skorzystania ze świadczeń opieki nocnej i świątecznej mogą też być następujące sytuacje:

- zaostrzenie lub nasilenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością),
- infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (>39 st.), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku,
- bóle brzucha, nie ustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych,
- nasilone bóle głowy, nie ustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych,
- nasilona biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku,
- zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu,
- nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.
- zaburzenia psychiczne, z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej.

