

Szanowna Pacjentko/Pacjencie,

Przed planowanym zabiegiem **gastroskopii** należy się odpowiednio do niego przygotować. Poniżej przedstawiamy wytyczne:

1. Należy wykonać następujące badania krwi (pobranie ma nastąpić na **nie wcześniej niż na 10 dni przed planowanym zabiegiem**):
 - a) Morfologia
 - b) Jonogram
 - c) Czas k-k, INR, APTT, wskaźnik protrombiny
 - d) Grupa krwi-proszę się upewnić jaki jest czas oczekiwania (od 2 do 7 dni roboczych w zależności od laboratorium) – z ostatnich 5 lat
 - e) CRP

Badania laboratoryjne są wykonywane od poniedziałku do piątku w Klinice Galena od godziny **7:00 do 10:30**, badania są płatne, pacjent otrzymuje oryginał.

2. Na 5 dni przed badaniem nie należy spożywać sałatek jarzynowych, warzyw i owoców pestkowych (np. winogron, pomidorów, kiwi, truskawek, pieczywa ziarnistego, pestek dyni, słonecznika, maku).
3. **W dniu poprzedzającym zabieg należy być na diecie lekkostrawnej**, około godz. **18:00** prosimy zjeść lekkostrawną kolację.
4. W dniu zabiegu prosimy być na czczo, czyli **nie należy jeść-8 godzin i nie pić 6 godzin** przed zabiegiem.
5. W przypadku przyjmowania na stałe następujących leków:
 - **leki stałe na nadciśnienie lub na tarczycę** - w dniu zabiegu należy wcześniej rano na czczo zażyć lek i popić niewielką ilością wody,
 - **leki rozrzedzające krew** - wymagane jest posiadanie zaświadczenia od lekarza rodzinnego o braku przeciwwskazań do operacji (lekarz rodzinny powinien w tym przypadku dokonać zmiany leków),
 - **leki na cukrzycę** - w przypadku przyjmowania tabletek: przed zabiegiem nie należy przyjmować tabletek, natomiast trzeba je ze sobą zabrać do Kliniki, w przypadku przyjmowania insuliny: rano należy zmierzyć poziom cukru, nie podaje się insuliny przed zabiegiem, trzeba tylko zabrać ze sobą ją do Kliniki wraz z lekkostrawnym posiłkiem i glukometrem.
6. Prosimy **nie zabierać** ze sobą żadnej biżuterii (kolczyki, łańcuszki, zegarki, pierścionki itp.).
7. Przed zabiegiem należy wyjąć protezy zębowe.
8. Przed zabiegiem należy wypłukać dokładnie jamę ustną, a najlepiej umyć zęby.
9. Po wykonaniu zabiegu nie można prowadzić pojazdów (do 24 godzin). W związku z powyższym prosimy, aby po zabiegu zgłosiła się osoba towarzysząca po Pani/Pana odbiór.

Ponadto, do zabiegu prosimy o zabranie ze sobą:

- a) Dokumentu tożsamości
- b) Oryginałów wyników badań laboratoryjnych
- c) Koszulę nocną (Panowie piżamę/dres)
- d) Obuwie zmienne

Wszelkich dodatkowych informacji może udzielić lekarz anestezjolog w dniu zabiegu.

UWAGA !!!! Przed zabiegiem należy wykonać dokładną toaletę całego ciała.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny: **33 816 11 00** lub e-mailowy: rejestracja@klinikagalena.pl

INFORMACJA O WARUNKACH REALIZACJI USŁUGI MEDYCZNEJ

§1

1. **POLI-MED BIELSKO sp. z o.o. GALENA spółka komandytowa** zwana dalej POLI-MED zobowiązuje się świadczyć na rzecz Pacjenta usługi medyczne obejmujące: **gastroskopię** (zwane dalej łącznie Usługą).
2. Usługa będzie realizowana przez lek. med. Krzysztofa Beszter oraz lekarza anestezjologa i zespół dyplomowanych pielęgniarek.
3. Usługa realizowana będzie w prowadzonym przez POLI-MED Szpitalu, znajdującym się w Bielsku - Białej przy ul. Żywieckiej 71.
4. Pacjent upoważnia osoby wskazane w ust. 2 powyżej do wykonania świadczeń medycznych w ramach świadczenia Usługi przez POLI-MED.
5. Pacjent przyjmuje do wiadomości, że zarówno planowana data zabiegu, jego zakres oraz nazwisko przeprowadzającego go lekarza podane są przez POLI-MED w najlepszej wierze i w oparciu o posiadane w chwili podpisywania umowy przesłanki. Mogą jednak one ulec zmianie z przyczyn medycznych i/lub organizacyjnych. O ewentualnej zmianie POLI-MED niezwłocznie powiadomi Pacjenta.

§ 2

1. Pacjent zobowiązuje się przed wykonaniem Usługi:
 - a. wpłacić na rachunek POLI-MED zadatek wysokości określonej w § 4,
 - b. przybyć do POLI-MED na własny koszt, w wyznaczonym terminie,
 - c. przygotować się do zabiegu realizowanego w ramach wykonywania Usługi zgodnie z zaleceniami oraz udzielić POLI-MED pełnych i rzetelnych informacji dotyczących aktualnego stanu zdrowia, przebytych schorzeniach itp.
 - d. złożyć pisemną zgodę na wykonanie niezbędnych procedur.

§ 3

1. Usługa wykonana zostanie w dniu ustalonym w wiadomości e-mail lub telefonicznie z Rejestracją.
2. Jeżeli wykonanie Usługi w uzgodnionym terminie nie jest możliwe z jakiegokolwiek przyczyny niezależnej od pacjenta, POLI-MED powiadomi o tym Pacjenta niezwłocznie.
3. W przypadku określonym w ust. 2 (tj. zmiana terminu zabiegu z innych przyczyn niż leżących po stronie Pacjenta):
 - a. strony uzgodnią nowy termin wykonania Usługi,
 - b. na żądanie Pacjenta usługa nie zostanie zrealizowana, a jeżeli dokonał on wpłaty zadatku, POLI-MED zwróci w terminie 14 dni wpłaconą kwotę zadatku.
4. W przypadku odstąpienia przez Pacjenta od realizacji usługi lub niewykonania usługi z przyczyn leżących po stronie Pacjenta (w tym odwołania zabiegu przez Pacjenta, niestawiennictwa Pacjenta w POLI-MED w uzgodnionym terminie), kwota otrzymanego zadatku, podlega zatrzymaniu na rzecz POLI-MED.
5. W przypadku konieczności zmiany terminu zabiegu z przyczyn leżących po stronie Pacjenta, Pacjent zobowiązany jest jak najszybciej poinformować o tym fakcie POLI-MED pod nr telefonu **33 816 11 00**, Strony uzgadniają nowy termin wykonania Usługi. W przypadku niezgodnienia nowego terminu Usługi w terminie do 3 miesięcy od ustalonej daty, o której mowa w ust.1. kwota zadatku podlega zatrzymaniu na rzecz POLI-MED.
6. W przypadku, gdy zabieg został odwołany w wyniku bezpośredniego nagłego pogorszenia stanu zdrowia Pacjenta lub dyskwalifikacji z zabiegu i nie ma możliwości przesunięcia terminu umowa zostanie rozwiązana, a jeżeli Pacjent dokonał wpłaty zadatku, POLI-MED zwróci w terminie 14 dni wpłaconą kwotę zadatku.

§ 4

1. Z tytułu wykonania Usługi Pacjent zobowiązuje się do uiszczenia na rzecz POLI-MED wynagrodzenia w wysokości **1 140,00 zł** (słownie: tysiąc sto czterdzieści złotych 00/100 PLN) brutto.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 płatne będzie w następujących transzach:
3. a. zadatek w wysokości **300,00 zł** (słownie: trzysta złotych 00/100 PLN), płatny jednorazowo, **w terminie do 3 dni od otrzymania wiadomości e-mail z niniejszym dokumentem.**
 - na rachunek bankowy POLI-MED prowadzony przez mBank o numerze: **24 1140 1078 0000 4926 6300 1001**;
 - gotówką lub kartą płatniczą;
- b. pozostała część w wysokości **840,0000 zł** (słownie: osiemset czterdzieści złotych 00/100 PLN), płatna:
 - w przypadku płatności przelewem -na 1 (jeden) dzień przed rozpoczęciem realizacji Usługi na wskazany powyżej rachunek bankowy;

- w przypadku płatności kartą płatniczą lub gotówką – nie później niż w dniu rozpoczęcia realizacji Usługi.
4. Kwota wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty poniesione przez POLI-MED w związku z pobytem Pacjenta w prowadzonym przez POLI-MED Szpitalu (w wymiarze od ok. 3 do 5 godzin), za wyjątkiem ewentualnych dodatkowych kosztów poniesionych przez POLI-MED , z zastrzeżeniem ust.6.
 5. W przypadku zaistnienia **obiektywnych przyczyn medycznych niemożliwych lub trudnych do przewidzenia przed rozpoczęciem zabiegu** w sytuacji, gdy uzyskanie zgody Pacjenta na wykonanie medycznie niezbędnych usług dodatkowych bądź dokonanie innych zmian w trakcie zabiegu jest niemożliwe, POLI-MED zastrzega sobie prawo do wykonania wszystkich niezbędnych procedur i użycia środków dla ratowania zdrowia i życia Pacjenta, jak też realizacji celu podjętej operacji i obciążenia Pacjenta kosztem tych niezbędnych dodatkowych procedur i środków. Maksymalna wysokość kosztów dodatkowych jakimi może zostać obciążony Pacjent, **stanowi równowartość 30%** wynagrodzenia za przeprowadzone pełnopłatne świadczenie zdrowotne. Pacjent zobowiązany jest do uiszczenia kwoty tych kosztów na rzecz POLI-MED , niezwłocznie po otrzymaniu przez Pacjenta faktury rozliczającej wszystkie usługi świadczone w ramach hospitalizacji w POLI-MED, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia wypisania Pacjenta.
 6. W przypadku niewykonania Usługi w całości, w związku z zaistnieniem przyczyn zależnych od POLI-MED , uprzednio uiszczona przez Pacjenta kwota wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 będzie Pacjentowi zwrócona w kwocie nominalnej na wskazany przez niego rachunek bankowy, po dostarczeniu dowodu wpłaty.
 7. W przypadku, gdy niewykonanie Usługi w całości lub w części stało się zasadne zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, uprzednio uiszczona przez Pacjenta kwota wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 będzie Pacjentowi zwrócona, odpowiednio w całości lub w części, na wskazany przez niego rachunek bankowy, po dostarczeniu dowodu wpłaty.
 8. W przypadku, gdy niewykonanie Usługi w całości lub w części stało się obiektywnie niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Pacjenta, uprzednio uiszczona przez Pacjenta kwota wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 będzie Pacjentowi zwrócona, w całości lub w części, po uprzednim pomniejszeniu o kwotę kosztów poniesionych przez POLI-MED w związku z przystąpieniem do wykonania Usługi lub poczynionymi w tym celu przygotowaniem i nakładami, na wskazany przez Pacjenta rachunek bankowy, po dostarczeniu dowodu wpłaty.

Przystąpienie do Usługi jest równoznaczne z akceptacją powyższej informacji o warunkach realizacji usługi medycznej.