

Regulamin fizjoterapii pediatrycznej

§1 Postanowienia ogólne

1. Fizjoterapia pediatryczna stanowi świadczenie zdrowotne obejmujące **diagnostykę funkcjonalną, terapię oraz profilaktykę zaburzeń rozwoju ruchowego dziecka.**
2. Terapia prowadzona jest zgodnie z **aktualną wiedzą medyczną oraz indywidualnym planem terapeutycznym.**
3. Uczestnictwo w terapii jest równoznaczne z **akceptacją niniejszego regulaminu.**

§2 Umawianie i potwierdzanie wizyt

1. Każda wizyta musi zostać **potwierdzona przez rodzica/opiekuna prawnego najpóźniej dzień przed planowanym terminem.**
2. Brak potwierdzenia wizyty może skutkować jej anulowaniem.
3. Po potwierdzeniu termin wizyty jest **zarezerwowany wyłącznie dla danego pacjenta.**

§3 Odwoływanie wizyt i opłata za nieobecność

1. **Wizytę można odwołać bezpłatnie najpóźniej dzień przed planowanym terminem wizyty.**
2. Odwołanie wizyty w dniu jej realizacji lub niepojawienie się na wizycie skutkuje obowiązkiem uiszczenia opłaty za nieodbyłą wizytę w pełnej wysokości przed kolejnym spotkaniem.
3. W sytuacjach nagłych i losowych (np. choroba, wypadek), możliwe jest odstępienie od opłaty – każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie.

Zmiana planów lub brak gotowości do udziału w konsultacji nie stanowią sytuacji losowej

§4 Przebieg terapii

1. Wizyta fizjoterapeutyczna trwa **do 50 minut**, zgodnie z aktualnym cennikiem placówki.
2. Fizjoterapeuta może zaproponować **kontynuację terapii, zmianę planu terapeutycznego lub konsultację lekarską (np. neurologiczną, ortopedyczną, rehabilitacyjną).**
3. Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do: przekazywania informacji o **stanie zdrowia dziecka, systematycznego uczestnictwa w terapii, stosowania zaleceń terapeuty** w warunkach domowych.
4. Efektywność terapii może być ograniczona w przypadku **braku współpracy lub niestosowania zaleceń.**

§5 Opinia, diagnoza, dokumentacja

1. Sporządzenie **pisemnej opinii fizjoterapeutycznej, zaświadczenia lub innego dokumentu** jest usługą dodatkowo płatną. **Koszt sporządzenia opinii lub zaświadczenia wynosi 150 zł.**
2. Dokument wydawany jest po **uregulowaniu należności**, zwyczajowo do **30 dni roboczych.**

§6 Spóźnienia

1. Maksymalny czas spóźnienia wynosi **15 minut.**
2. W przypadku spóźnienia czas wizyty może zostać **skrócony bez zmniejszenia opłaty.**
3. Zajęcia nie są przedłużane z powodu spóźnienia.

§7 Bezpieczeństwo i organizacja wizyty

1. Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do **pozostawiania na terenie placówki w czasie trwania terapii dziecka.**
2. Należy: zgłaszać **złe samopoczucie dziecka**, zapewnić **wygodny strój do ćwiczeń**, zdjąć **biżuterię dziecka**, zmienić obuwie lub uczestniczyć w terapii **na boso.**
3. Placówka nie ponosi odpowiedzialności za dzieci pozostawione **bez opieki w poczekalni.**

§8 Odwołanie wizyty przez fizjoterapeutę

1. Fizjoterapeuta ma prawo odwołać wizytę w sytuacjach losowych.
2. Rodzic/opiekun prawny zostanie **niezwłocznie poinformowany o zmianie terminu**.
3. W takim przypadku pacjent **nie ponosi kosztów wizyty**.

§9 Dokumentacja medyczna i zgoda na utrwalanie wizerunku

1. Rodzic/opiekun prawny wyraża zgodę na **wykonywanie zdjęć oraz nagrań video dziecka wyłącznie w celach medycznych**, w szczególności w celu: dokumentowania postępów terapii, prowadzenia dokumentacji medycznej, planowania procesu terapeutycznego.
2. Materiały te **nie będą publikowane ani wykorzystywane w celach marketingowych bez odrębnej, pisemnej zgody** rodzica/opiekuna prawnego.
3. Materiały przechowywane są zgodnie z **przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych**.
4. Rodzic/opiekun prawny ma prawo **cofnąć zgodę na utrwalanie wizerunku dziecka w każdym czasie**.

§10 Płatności

1. Płatność za wizytę odbywa się **zgodnie z aktualnym cennikiem placówki**.
2. Placówka przyjmuje płatności **gotówką, kartą lub przelewem**.
3. Brak uregulowania należności może skutkować **odmową realizacji kolejnych wizyt**.

Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem danych osobowych jest **PlazaMed Sp. z o.o.**
2. Dane przetwarzane są w celu **realizacji usług fizjoterapeutycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz kontaktu z rodzicem/opiekunem**.
3. Podanie danych jest **dobrowolne, lecz niezbędne do skorzystania z terapii**.
4. Przysługuje prawo **dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO**.
5. Dane przechowywane są przez okres wymagany przepisami prawa.
6. Dane mogą być udostępniane **wyłącznie podmiotom uprawnionym oraz specjalistom uczestniczącym w procesie leczenia dziecka**.

Kielce,.....
(data)

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego