

Regulamin wizyty psychiatrycznej dzieci i młodzieży i młodych dorosłych

§1 Postanowienia ogólne

1. Wizyta psychiatryczna obejmuje **konsultację lekarską, ocenę stanu zdrowia psychicznego dziecka lub nastolatka, postawienie diagnozy oraz zaplanowanie leczenia.**
2. Wizyta może obejmować **wywiad z rodzicem/opiekunem prawnym, badanie psychiatryczne pacjenta oraz wydanie zaleceń terapeutycznych lub farmakologicznych.**
3. Skorzystanie z wizyty 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 odstąpienie od opłaty – każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie.

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

§4 Przebieg wizyty

1. Wizyta trwa zgodnie z **aktualnym cennikiem placówki.**
2. Lekarz psychiatra może zalecić **dalszą diagnostykę psychologiczną, psychoterapię, konsultację specjalistyczną lub leczenie farmakologiczne.**
3. Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do **przekazywania rzetelnych informacji o stanie zdrowia dziecka oraz współpracy w procesie leczenia.**

§5 Dokumentacja medyczna, teleporady i usługi dodatkowe

1. Wydanie **opinii lekarskiej, zaświadczenia lub innego dokumentu w trakcie wizyty** odbywa się zgodnie z aktualnym cennikiem placówki.
2. W przypadku potrzeby **sporządzenia dokumentu poza wizytą**, obowiązuje **opłata od 50 zł**, w zależności od rodzaju dokumentu.
3. **Teleporada psychiatryczna, wystawienie recepty bez wizyty, przedłużenie leczenia, wydanie zaświadczenia** stanowią usługi dodatkowe i są **odpłatne od 50 zł zgodnie z cennikiem placówki.**
4. Usługi te realizowane są **po wcześniejszym zgłoszeniu potrzeby oraz uregulowaniu należności.**
5. Czas realizacji dokumentów lub teleporady ustalany jest indywidualnie, zwyczajowo do **7–30 dni roboczych.**

§6 Spóźnienia

1. Maksymalny czas spóźnienia wynosi **15 minut**.
2. W przypadku spóźnienia czas wizyty może zostać **skrócony bez zmniejszenia opłaty**.
3. Spóźnienie przekraczające 15 minut może zostać potraktowane jako **nieobecność**.

§7 Organizacja wizyty

1. W przypadku pacjentów **niepełnoletnich wymagana jest obecność rodzica lub opiekuna prawnego**.
2. Rodzic/opiekun zobowiązany jest do **stosowania zaleceń lekarza oraz monitorowania stanu zdrowia dziecka**.

§8 Odwołanie wizyty przez lekarza

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

§9 Płatności

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

§10 Postanowienia końcowe

1. Placówka zastrzega sobie prawo do **wprowadzania zmian w niniejszym regulaminie**.
2. Aktualna wersja regulaminu dostępna jest w **rejestracji oraz na stronie internetowej placówki**.
3. Zmiany regulaminu **nie naruszają praw pacjentów wynikających z przepisów prawa**.
4. Regulamin wchodzi w życie z **dniem jego opublikowania**.

Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem danych osobowych jest **PlazaMed Sp. z o.o.**
2. Dane przetwarzane są w celu **realizacji usług medycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz kontaktu z rodzicem/opiekunem**.
3. Podanie danych jest **dobrowolne, lecz niezbędne do skorzystania z wizyty**.
4. Przysługuje prawo **dostępu do danych, ich sprostowania 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**.

Kielce,.....

(data)

.....

Podpis pacjenta (i/ lub opiekuna prawnego)