



Załącznik do Zarządzenia Nr 16
Dyrektora Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim
z dnia 05.05.2023 r.

REGULAMIN SKŁADANIA WNIOSKÓW NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE

§ 1.

Wyjaśnienie ogólnych pojęć zawartych w Regulaminie

Użyte w dalszej treści niniejszego Regulaminu określenia należy rozumieć następująco:

Lekarz – lekarz zatrudniony (bez względu na podstawę zatrudnienia) w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) w Aleksandrowie Łódzkim.

Osoba upoważniona – osoba posiadająca pisemne upoważnienie Pacjenta do złożenia wniosku na leki stosowane przewlekłe lub której ważne upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej/ karcie Pacjenta .

Pacjent – osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.), objęta opieką w Poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dorosłych i dzieci w SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim.

§ 2.

Zasady ogólne

1. W oparciu o obowiązujące przepisy prawa, SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim stwarza możliwość zaopatrzenia w leki dla osób przewlekłe je stosujących, bez konieczności wizyty lekarskiej.
2. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących przebiegu leczenia, pogorszenia stanu zdrowia – należy ustalić termin wizyty i skonsultować się z lekarzem.
3. Określona przez Ustawodawcę możliwość zamówienia leków bez konieczności kontaktu z lekarzem nie zmienia faktu, że wytyczne towarzystw naukowych zalecają w przypadku niektórych chorób częstsze kontrole lekarskie niż okres, na który mogą zostać przepisane leki. Informacji na temat zalecanej częstości wizyt kontrolnych udziela Lekarz obejmujący Pacjenta opieką.

§ 3.

Składanie wniosku na leki stosowane przewlekłe

1. Wnioski na leki stosowane przewlekłe, składane są w formie papierowej we właściwych Rejestracjach Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. W celu realizacji Wniosku na leki stosowane przewlekłe oraz w celu identyfikacji Pacjenta konieczne jest umieszczenie we Wniosku następujących danych osobowych Pacjenta: imię i nazwisko, numer PESEL, adres, numer telefonu (numer, na który zostanie wysłany kod recepty). We wniosku należy również podać imię i nazwisko Lekarza prowadzącego oraz pełne nazwy zamawianych leków z podaniem ich dawek, ilością opakowań oraz ilością tabletek przyjmowanych dziennie.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 muszą być umieszczone we wniosku w sposób czytelny.
4. Wniosek na leki stosowane przewlekłe stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
5. Istnieje również możliwość złożenia Wniosku na leki stosowane przewlekłe (zamówienia na leki stosowane przewlekłe online), poprzez zalogowanie się do serwisu e-Pacjent (<http://www.spzoz.aleksandrow-lodzki.pl/>, zakładka: System umawiania wizyt online e-Pacjent).

§ 4.

Zasady realizacji wniosku

1. Wniosek na leki stosowane przewlekłe, zostanie zrealizowany po spełnieniu następujących warunków:
 - a) lek był uprzednio stosowany przez Pacjenta i informacja o tym fakcie jest zawarta w jego indywidualnej dokumentacji medycznej.
 - b) leki zlecone przez lekarzy specjalistów wypisywane są na podstawie aktualnej informacji od lekarza specjalisty - do indywidualnej dokumentacji medycznej musi być dołączone aktualne (nie starsze niż rok) zaświadczenie, w którym potwierdzono konieczność stałego stosowania określonego leku.
2. Bez konsultacji lekarskiej nie mogą być zamawiane leki, których stosowanie w świetle obowiązującej wiedzy powinno być poprzedzone każdorazowo oceną stanu klinicznego Pacjenta. Bez kontaktu z lekarzem nie można również otrzymać recepty na antybiotyki.
3. W trosce o bezpieczeństwo Pacjentów ostateczną weryfikację zasadności kontynuacji terapii określonym lekiem podejmuje Lekarz, któremu przysługuje prawo odmowy realizacji części lub całości wniosku, jeśli wynika ono z uzasadnionego wiedzą medyczną przekonania, że może powodować negatywne następstwa dla Pacjenta.
4. W celu uzyskania wyczerpującej informacji na temat przyczyn całkowitej lub częściowej odmowy realizacji wniosku, niezbędny jest kontakt z lekarzem (Pacjent winien zarejestrować się na wizytę).

5. Czas realizacji Wniosku na leki stosowane przewlekłe wynosi do 30 dni roboczych od dnia złożenia Wniosku we właściwej Rejestracji Przychodni, bądź od dnia złożenia Wniosku za pośrednictwem serwisu e-Pacjent.
6. Realizacja wniosku pociąga za sobą konieczność weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ. W przypadku negatywnej weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ wniosek nie będzie zrealizowany. W trosce o bezpieczeństwo Pacjentów bliższe informacje na temat weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ nie będą umieszczane na formularzach.
7. W celu uzyskania wyczerpującej informacji na temat statusu ubezpieczenia należy skontaktować się z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i/lub Pracodawcą lub złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym prawie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Obowiązek udokumentowania oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym pozostaje po stronie Pacjenta.
8. Powyższe regulacje nie dotyczą Pacjentów przyjmowanych:
 - a) na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ);
 - b) w trybie nagłym, którzy nie są podopiecznymi SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim (tzn. nie złożyli w SP ZOZ Deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).

§ 5.

Zasady odbioru recept

1. Numery recept przesyłane są sms-em na numer telefonu każdorazowo wskazany przez Pacjenta/ Osobę upoważnioną we wniosku.
2. Wzór Upoważnienia do złożenia Wniosku na leki stosowane przewlekłe stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 6.

Regulamin stanowi Załącznik do Zarządzenia Dyrektora.



Załącznik nr 1 do Regulaminu składania wniosków na leki stosowane przewlekłe wprowadzonego Zarządzeniem Nr 16 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim z dnia 05.05.2023 r.

Data złożenia wniosku

WNIOSEK NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE

Imię i nazwisko Pacjenta

Numer PESEL

Adres

Nr telefonu

Lekarz prowadzący

Dane Osoby upoważnionej do złożenia wniosku:

Imię i Nazwisko

Numer PESEL

Adres.....

Ważne informacje:

1. Przyjęcie wniosku możliwe jest po jego złożeniu w Rejestracji Przychodni lub złożenie zamówienia na recepty online, po zalogowaniu się do serwisu e-Pacjent.
2. Wniosek na leki stosowane przewlekłe należy złożyć osobiście lub przez Osobę upoważnioną (ważne jest upoważnienie w dokumentacji medycznej wnioskującego pacjenta lub upoważnienie dostarczone w dniu złożenia wniosku).
3. Czas oczekiwania na receptę wynosi do 30 dni roboczych od dnia złożenia Wniosku we właściwej Rejestracji Przychodni, bądź od dnia złożenia Wniosku za pośrednictwem serwisu e-Pacjent.
4. Lekarz może odmówić wypisania recepty w przypadkach:
 - a) konieczności osobistego zgłoszenia się pacjenta na wizytę do lekarza prowadzącego,
 - b) braku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - c) konieczność wykonania badań kontrolnych,
 - d) braku aktualnej informacji o lekach od lekarza specjalisty (aktualna informacja dla lekarza POZ),
 - e) w innych uzasadnionych przypadkach.

Proszę o powtórzenie następujących leków:

Lp.	PEŁNA NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	ILOŚĆ OPAKOWAŃ	ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK DZIENNIE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

.....
(podpis Pacjenta/ Osoby upoważnionej)



Załącznik nr 2 do Regulaminu składania wniosków na leki
stosowane przewlekłe wprowadzonego Zarządzeniem Nr 16
Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim
z dnia 05.05.2023 r.

UPOWAŻNIENIE DO ZŁOŻENIA WNIOSKU NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE

Ja (imię i nazwisko)

PESEL

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer), o ile nie ma nr PESEL.....

upoważniam:

Pana/ Panią (imię i nazwisko).....

PESEL do składania w moim imieniu *Wniosków na leki
stosowane przewlekłe* oraz do odbioru kodu recepty na numer telefonu każdorazowo
wskazany w niniejszym wniosku lub do odbioru wydruku recepty.

Upoważnienie jest ważne do czasu jego odwołania.

Aleksandrów Łódzki, dnia.....

(czytelny podpis **składającego** oświadczenie
lub jego przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis **pracownika** przyjmującego oświadczenie)