

Skarga na przychodnię NFZ

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO]

[ADRES DO KORESPONDENCJI]

[TELEFON / E-MAIL - opcjonalnie]

PESEL: [_____]

Dyrektor [NAZWA] Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

[ADRES ODDZIAŁU]

Do wiadomości: Kierownik [NAZWA PRZYCHODNI], [ADRES]

SKARGA

na sposób realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Świadczeniodawca: [PEŁNA NAZWA PRZYCHODNI], [ADRES]

Komórka: [poradnia POZ / poradnia specjalistyczna]

Zakres z umowy: [np. podstawowa opieka zdrowotna]

Stan faktyczny:

W dniu [DATA], o godzinie [GODZINA], zgłosiłem(am) się do rejestracji [OSOBIŚCIE / TELEFONICZNIE / PRZEZ E-REJESTRACJĘ] w sprawie [np. wizyty u lekarza POZ, do którego mam złożoną deklarację wyboru z dnia].

W odpowiedzi otrzymałem(am) [np. odmowę zapisu / termin na dzień / informację, że badanie jest płatne w kwocie zł].

[Opisz przebieg rozmowy i podaj nazwisko osoby, jeżeli je znasz.]

Zarzuty:

1. [np. nieudzielenie świadczenia mimo złożonej deklaracji wyboru],
2. [np. wyznaczenie terminu bez wpisania mnie na listę oczekujących],
3. [np. odmowa uzasadnienia przyczyn wyboru terminu mimo mojego żądania, wbrew art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych],
4. [np. pobranie opłaty za świadczenie objęte umową z Funduszem].

Wnoszę o:

1. sprawdzenie, czy świadczeniodawca realizuje umowę w zakresie [dostępności / harmonogramu przyjęć / prowadzenia listy oczekujących],
2. zobowiązanie świadczeniodawcy do uzasadnienia wyznaczonego mi terminu,
3. zawiadomienie mnie o sposobie załatwienia skargi.

[PODPIS]

Załączniki:

1. [kopia deklaracji wyboru lekarza POZ]
2. [skierowanie / wydruk z e-rejestracji / potwierdzenie terminu]
3. [dowód wpłaty, jeżeli pobrano opłatę]
4. [korespondencja z przychodnią]