

## Z jakich usług medycznych mogę korzystać?



Ze wszystkich usług medycznych objętych zakresem Programu Pomocy Doraźnej np. wizyty u lekarza specjalisty, badań laboratoryjnych – biochemii, hematologii, badania moczu, RTG, USG, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Usługi mogą być realizowane w przypadku wystąpienia następstw nieszczęśliwego wypadku. Ponadto, w momencie nagłego zachorowania można skorzystać z domowej wizyty lekarskiej. W każdym momencie istnieje możliwość sprawdzenia zakresu dostępnych usług medycznych poprzez całodobową Infolinię Medyczną 801 600 999 lub 58 662 08 00.

## Jak zarejestrować się do lekarza?

Świadczenia zdrowotne realizowane są po wcześniejszej rejestracji telefonicznej. Rejestracja usług medycznych odbywa się za pośrednictwem 24h Infolinii Medycznej 801 600 999 lub 58 662 08 00. Konsultant Infolinii ustala termin wizyty z pacjentem oraz placówką medyczną z uwzględnieniem preferencji czasowych pacjenta. Istnieje również możliwość rejestracji on-line t.j. pozostawiania preferencji, co do czasu i miejsca wykonania usługi medycznej na stronie internetowej [www.medicapolska.pl](http://www.medicapolska.pl).

## W jaki sposób wykonać badania diagnostyczne?

Badania diagnostyczne realizowane są wyłącznie w przypadku wystąpienia następstw nieszczęśliwego wypadku po skierowaniu lekarza prowadzącego lub lekarza specjalisty Partnera Medycznego Medica Polska i są uzależnione od wyniku diagnozy lekarskiej. Rezerwacja terminu badań odbywa się telefonicznie.

## Kiedy i jak mogę wezwać do domu lekarza?

W momencie pogorszenia stanu zdrowia, choroby obłożnej, kiedy utrudnione jest dotarcie do placówki medycznej. Wezwanie lekarskiej wizyty domowej odbywa się poprzez kontakt z 24h Infolinią Medyczną. W trakcie wywiadu telefonicznego pracownik 24h Centrum Operacyjnego zbiera niezbędne dane i organizuje pomoc medyczną w miejscu przebywania pacjenta. W przypadku zagrożenia życia pacjenta pomoc udzielana jest przez najbliższą stację publicznego pogotowia ratunkowego.



## Program

### Pomoc Doraźna

Program realizowany w przypadku wystąpienia następstw nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania:

**24h Infolinia Medyczna**  
**Indywidualny Opiekun Medyczny**  
**Opieka psychologa**  
**Tryb alarmowy**  
**Nielimitowana opieka lekarzy specjalistów:**

- Chirurg ogólny
- Chirurg urazowy
- Ortopeda

**24h ambulatoryjna pomoc doraźna**  
**24h ambulatoryjna opieka pielęgniarska**  
**24h lekarskie wizyty wyjazdowe**  
**24h transport medyczny**

#### Badania diagnostyczne:

#### Badania laboratoryjne:

- biochemia
- hematologia
- badanie moczu
- badanie kału

#### Badania radiologiczne:

- RTG
- USG
- tomograf komputerowy
- rezonans magnetyczny



## Deklaracja przystąpienia do Programu

1) Dane Zarządcy  
Spółdzielnia Mieszkaniowa, ul. Spółdzielcza 5, 42-450 Łazy

2) Dane Mieszkańca  
Nazwisko i imię .....  
PESEL: ..... telefon: ..... E-mail .....  
Ulica ..... Nr. domu: .....  
Nr lokalu ..... Miasto: ..... Kod pocztowy: .....

3) Dane członków Rodziny Mieszkańca  
Nazwisko i imię: .....  
PESEL: ..... telefon: .....  
Stopień pokrewieństwa: .....

Nazwisko i imię: .....  
PESEL: ..... telefon: .....  
Stopień pokrewieństwa: .....

Nazwisko i imię: .....  
PESEL: ..... telefon: .....  
Stopień pokrewieństwa: .....

Nazwisko i imię: .....  
PESEL: ..... telefon: .....  
Stopień pokrewieństwa: .....

4) Wariant opieki  
Wariant Program Indywidualny  
POMOC DORAŻNA 12,00 zł miesięcznie za osobę

## Deklaracja

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Programu Opieki Medycznej Medica Polska począwszy od dnia: ..... na warunkach przedstawionych przez Medica Polska Sp. z o.o. Oświadczam, że w związku z uczestnictwem w Programie Opieki Medycznej organizowanym przez Medica Polska Sp. z o.o. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie potrzebnym do realizacji niniejszego programu.

Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Medica Polska Sp. z o.o. w celu przekazywania oferty produktowej oraz informacji na temat prowadzonych akcji profilaktycznych. Niniejszą zgodę składam dobrowolnie i oświadczam, że zostałem poinformowany o uprawnieniach przysługujących mi na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych, a zwłaszcza o prawie do wglądu do danych i ich poprawiania.

..... Data i podpis Mieszkańca