

## REGULAMIN

### korzystania z usług Diagnostyki/Terapii Integracji Sensorycznej

we WROCŁAWSKIM CENTRUM ZDROWIA SPZOZ  
(Ośrodek Dziecięcych Porażań Mózgowych „PUCHATEK”)

#### § 1

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Świadczeń diagnostyki i terapii integracji sensorycznej udziela Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, dalej zwane także „WCZ SPZOZ”, czyli Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu (53-208) przy ul. Podróżniczej 26/28, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000062603, posiadający NIP 8942460800 oraz REGON 000313331.
2. Zasady udzielania świadczeń diagnostyki i terapii integracji sensorycznej określa niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem”.
3. Przystępując do świadczeń diagnostyki i terapii integracji sensorycznej pacjent i/lub jego Rodzic/Opiekun prawnie wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu związanym z udzielaniem tychże świadczeń.
4. Definicje:
  - a) Integracja Sensoryczna (SI) – proces neurologiczny, który umożliwia organizmowi odbieranie, segregowanie, interpretowanie oraz odpowiednie reagowanie na bodźce sensoryczne płynące z otoczenia i własnego ciała;
  - b) Terapeuta – osoba przeprowadzająca diagnozę i terapię integracji sensorycznej;
  - c) Uczestnik – osoba korzystająca ze świadczeń diagnostyki i terapii integracji sensorycznej.

## § 2

### CHARAKTERYSTYKA USŁUGI

1. Usługa obejmuje badanie diagnostyczne i terapię, które są realizowane zgodnie z założeniami metody Integracji Sensorycznej. Szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej [www.spzoz.wroc.pl](http://www.spzoz.wroc.pl)
2. Wizyty diagnostyczne i terapeutyczne realizowane są w Ośrodku Dziecięcych Porażień Mózgowych „Puchatek” przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu (sala nr 10, parter) przez Terapeutę dr nauk o kulturze fizycznej Krystynę Chromik.
3. Diagnozę Integracji Sensorycznej stanowi cykl 3 lub 4 spotkań (warianty do wyboru), który obejmuje wywiad (z dorosłym Uczestnikiem albo z Rodzicem/Opiekunem prawnym dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni), a także analizę dokumentacji medycznej i specjalistycznej oraz ewentualnych nagrań dziecka, następnie obserwację kliniczną, badanie kwestionariuszem sensomotorycznym i standaryzowanymi testami. Na ostatnim spotkaniu następuje omówienie pisemnej diagnozy, która zawiera wskazania do działań postdiagnostycznych (mogą być to zalecenia do wdrażania w codziennym życiu oraz wizyty kontrolne lub terapia, której realizacja odbywa się według indywidualnego planu).
4. Indywidualną terapię Integracji Sensorycznej stanowią spotkania, których częstotliwość jest ustalana z Terapeutą. Uczestnik terapii, odpowiednio Rodzic/Opiekun prawny dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni, zostaje poinformowany, jaki jest cel terapii, na czym będą polegały oddziaływania i jak ważna jest współpraca z Terapeutą. Zajęcia odbywają się na odpowiednio wyposażonej Sali z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.
5. Pisemne zaświadczenie w przedmiocie uczestnictwa w terapii jest sporządzane i wydawane na prośbę Uczestnika, odpowiednio Rodzica/Opiekuna prawnego dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni). Czas oczekiwania na wydanie dokumentu wynosi do 14 dni kalendarzowych. Za wystawienie zaświadczenia należy uiścić opłatę.

### **§ 3**

#### **REJESTRACJA**

1. Rejestracji na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną można dokonać:
  - a) osobiście - w Rejestracji Ośrodka Dziecięcych Porażień Mózgowych „Puchatek” przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu (parter);
  - b) telefonicznie – pod numerem tel. 609 117 044;
  - c) drogą mailową – adres e-mail: [puchatek@spzoz.wroc.pl](mailto:puchatek@spzoz.wroc.pl).
2. Termin wizyty zostaje wyznaczony, a Uczestnik, odpowiednio Rodzic/Opiekun prawny dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni, otrzymuje wiadomość SMS potwierdzającą.

### **§ 4**

#### **OPLĄTY**

1. Świadczenia diagnozy i terapii integracji sensorycznej są płatne. Opłaty należy uiścić za poszczególne usługi nie później niż 3 dni robocze po wyznaczeniu terminu wizyty, w następującej wysokości:
  - 1) Diagnoza Integracji Sensorycznej I wariant (4 spotkania po 50 min, z przygotowaniem i omówieniem pisemnej diagnozy) – 680,00 zł;
  - 2) Diagnoza Integracji Sensorycznej II wariant\* (3 spotkania po 50 min z przygotowaniem i omówieniem pisemnej diagnozy) – 460,00 zł;
  - 3) Terapia Integracji Sensorycznej (standard, 60 min\*\*) – 160,00 zł;
  - 4) Terapia Integracji Sensorycznej (krótsza sesja, 45 min\*\*) – 130,00 zł;
  - 5) Konsultacje w zakresie Integracji Sensorycznej (dla dzieci do 3 r.ż., pakiet 2 spotkań po 60 min, bez pisemnej diagnozy) – 320,00 zł;

*\*Wariant rekomendowany w przypadku np. osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, osób z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.*

*\*\* W ramach zajęć terapeutycznych ok 10 minut poświęcane jest na rozmowę podsumowującą i instruktaż dla Rodzica/Opiekuna prawnego lub Uczestnika.*

- 6) Sporządzenie i wydanie Zaświadczenia potwierdzającego udział Uczestnika w programie diagnozy i terapii integracji sensorycznej – 30,00 zł;

2. Opłata może być uiszczona w jeden z następujących sposobów:

- a) przelewem na numer rachunku bankowego WCZ SPZOZ:

PKO BP SA 73 1020 5226 0000 6802 0416 3358;

(konieczność przesłania dowodu wpłaty na adres e-mail [puchatek@spzoz.wroc.pl](mailto:puchatek@spzoz.wroc.pl) w formie skanu, pliku pdf lub zdjęcia);

- b) kartą płatniczą za pośrednictwem terminala płatniczego zlokalizowanego w Rejestracji przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu.

3. Wynagrodzenie płatne jest z góry, w terminach wskazanych w ust. 1 powyżej, niezależnie od wybranej przez zobowiązanego formy płatności.

4. Nieobecność Uczestnika na którejkolwiek z umówionych wizyt należy zgłosić z wyprzedzeniem, najpóźniej 24 godziny przed umówioną wizytą. Niedopełnienie tego obowiązku powoduje, że uiszczona opłata nie podlega zwrotowi.

5. W przypadku, gdy w terminie wskazanym w ust. 1 powyżej płatność nie zostanie dokonana, ustalony termin wizyty zostaje anulowany, a na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną przyjmowana jest kolejna osoba z listy osób oczekujących.

6. W przypadku rezygnacji z usługi diagnostycznej, przez co należy rozumieć całkowitą rezygnację ze świadczeń, a nie odwołanie pojedynczej wizyty, jeżeli została ona dokonana do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie, uiszczona opłata zostanie zwrócona. O rezygnacji należy powiadomić Ośrodek Dziecięcych Porażań Mózgowych „Puchatek” drogą mailową ([puchatek@spzoz.wroc.pl](mailto:puchatek@spzoz.wroc.pl)) lub SMS (609 117 044).

7. W przypadku odwołania wizyty diagnostycznej lub terapeutycznej oraz wyrażenia przez Uczestnika, odpowiednio Rodzica/Opiekuna prawnego dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni, chęci zmiany terminu wizyty, jeżeli zostało ono dokonane do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie, WCZ SPZOZ proponuje inny najbliższy termin. Takie rozwiązanie może zostać wykorzystane 1 raz. W przypadku kolejnego odwołania do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie uiszczona opłata zostanie w całości zwrócona.
8. W przypadku odwołania wizyty przez WCZ SPZOZ następuje zwrot całej uiszczonej opłaty w sposób odpowiadający sposobowi zapłaty za wizytę, na rachunek/kartę, z której dokonana była wpłata. Zwrot środków dokonuje się w terminie 14 dni.
9. Odwołanie wizyty, o którym mowa w ust. 7 i 8 powyżej, odnosi się do pojedynczej wizyty i nie oznacza rezygnacji ze świadczeń.
10. W przypadku konieczności dokonania przez WCZ SPZOZ zwrotu zgodnie z Regulaminem opłaty uiszczonej przez Uczestnika, w razie rezygnacji lub odwołania wizyty już po rozpoczęciu korzystania ze świadczeń (diagnostycznych oraz konsultacyjnych), kwota do zwrotu zostanie wyliczona proporcjonalnie do liczby niezrealizowanych wizyt.
11. Za dzień uiszczenia opłaty/dokonania zwrotu opłaty przyjmuje się dzień uznania płatności na rachunku bankowym WCZ SPZOZ.
12. W przypadku zaistnienia u Uczestnika przeciwwskazań medycznych do wykonania któregokolwiek ze świadczeń zdrowotnych w ramach Integracji Sensorycznej, Terapeuta ma prawo odmówić wykonania tych świadczeń zdrowotnych z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa medycznego Uczestnika. W takim przypadku WCZ SPZOZ zwróci wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne, które nie mogły być zrealizowane. W zakresie zwrotu uiszczonej opłaty przepis ust. 8 powyżej stosuje się odpowiednio.

**§ 5**  
**PRAWA I OBOWIĄZKI**

1. Uczestnik, odpowiednio Rodzic/Opiekun prawny dziecka, gdy Uczestnik jest małoletni, zobowiązany jest przestrzegać wyznaczonych terminów i godzin zaplanowanych wizyt
2. Spóźnienie się na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną uniemożliwia jej realizację w danym dniu. W takim przypadku uiszczona opłata nie podlega zwrotowi.
3. Uczestnik, który zgłasza się na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną, powinien posiadać wygodny strój sportowy.
4. Uczestnik zobowiązany jest do przestrzegania zasad higieny osobistej.
5. Na Rodzicu/Opiekunie prawnym spoczywa obowiązek sprawowania opieki nad Uczestnikiem małoletnim przebywającym na terenie Ośrodka. Podczas korzystania przez Uczestnika małoletniego z zabiegów Rodzic/Opiekun prawny ma obowiązek przebywania w tym czasie na terenie Ośrodka.
6. W czasie korzystania ze świadczeń Uczestnik, a także Rodzic/Opiekun prawny dziecka, mają prawo do pełnej informacji o proponowanych metodach diagnostycznych i terapeutycznych.
7. Terapeuta jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej. Natomiast każde zaświadczenie jest wydawane na prośbę Uczestnika/Rodzica/Opiekuna prawnego po uiszczeniu należnej opłaty.
8. Uczestnik, który zgłasza się na umówione spotkanie z objawami infekcji (kaszel, katar, gorączka, osłabienie i inne) nie może brać w nim udziału, a uiszczona opłata nie podlega zwrotowi. Jeżeli ww. objawy wynikają z innych schorzeń, o niezakaźnym charakterze (np. alergii), należy to potwierdzić przed rozpoczęciem spotkania stosownym zaświadczeniem lekarskim.
9. Terapeuta powinien być niezwłocznie poinformowany o zmianach stanu zdrowia Uczestnika, który bierze udział w Integracji Sensorycznej.

## § 6

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Każdy Uczestnik, odpowiednio Rodzic/Opiekun prawny, gdy Uczestnik jest małoletni, zobowiązany jest do zapoznania się z Regulaminem, przed przystąpieniem do programu Integracji Sensorycznej.
2. Wzięcie udziału w procedurze diagnozy i terapii integracji sensorycznej oznacza zgodę Uczestnika, a gdy Uczestnik jest małoletni zgodę Rodzica/Opiekuna prawnego, na warunki określone w Regulaminie.
3. Regulamin jest dostępny w Rejestracji Ośrodka Dziecięcych Porażań Mózgowych „Puchatek” oraz na stronie internetowej [www.spzoz.wroc.pl](http://www.spzoz.wroc.pl).
4. Regulamin może ulec zmianie. O każdej zmianie Regulaminu WCZ SPZOZ zobowiązane jest poinformować niezwłocznie Uczestników, odpowiednio Rodziców/Opiekunów prawnych, gdy Uczestnik jest małoletni.
5. W razie zmiany Regulaminu wprowadzone zmiany wiążą Uczestników od daty prawidłowego poinformowania Uczestników, odpowiednio Rodziców/Opiekunów prawnych, gdy Uczestnik jest małoletni o wprowadzeniu zmian.