

# REGULAMIN

## korzystania ze świadczeń diagnozy i terapii wad postawy metodą FITS

(u osób do 18 r.ż.)

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

### § 1

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Świadczeń diagnozy i terapii wad postawy metodą FITS 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. Podróżnicza 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 diagnozy i terapii wad postawy metodą FITS określa niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem”.
3. Ochrona danych osobowych
4. Definicje:
  - a) FITS – Funkcjonalna Indywidualna Terapia Skolioz;
  - b) Terapeuta – osoba przeprowadzająca diagnozę i terapię wad postawy;
  - c) Uczestnik – osoba małoletnia korzystająca ze świadczeń diagnozy i terapii wad postawy metodą FITS;

### § 2

#### CHARAKTERYSTYKA USŁUGI

1. Usługa obejmuje badanie diagnostyczne (jednorazowe spotkanie, 45 min.) oraz terapię (kolejne spotkania, których częstotliwość jest ustalana indywidualnie z Terapeutą). Świadczenia diagnozy i terapii wad postawy są realizowane zgodnie z założeniami metody FITS.  
Dodatkowe informacje o diagnozie i terapii wad postawy metodą FITS: [spzoz.wroc.pl](http://spzoz.wroc.pl)
2. Diagnoza wad postawy metodą FITS stanowi pierwsze spotkanie (45 min.), które obejmuje:
  - a) dokładne badanie Uczestnika z wykorzystaniem ustandaryzowanego arkusza diagnostycznego,

- 
- b) wykonanie pomiarów według Karty Badania FITS,
  - c) ocenę stopnia zaburzenia postawy ciała.
3. Podczas spotkania diagnostycznego Uczestnikowi oraz rodzicowi/opiekunowi prawnemu zostaje przedstawiony problem w celu uświadomienia wyglądu postawy ciała. Podczas podsumowania spotkania ustalone zostają dalsze kroki dotyczące terapii metodą FITS.
  4. Indywidualna terapia wad postawy metodą FITS obejmuje cykl spotkań, których częstotliwość jest ustalana z Terapeutą (każde spotkanie trwa 45 min.). Na pierwszym spotkaniu Uczestnik zostaje poinformowany, jaki jest cel terapii i jak ważna jest współpraca z Terapeutą. Terapia obejmuje przygotowanie do korekcji: trening kontroli sensomotorycznej, usuwanie barier mięśniowo-powięziowych ograniczających ruch korekcyjny oraz trójpłaszczyznową korekcję – budowanie i stabilizowanie korekcyjnych wzorców ruchowych w otwartych i zamkniętych łańcuchach biokinematycznych, w pozycjach funkcjonalnych.
  5. Na prośbę rodzica/opiekuna prawnego mogą zostać sporządzone i wydane: pisemna opinia i/lub zaświadczenie – po uiszczeniu należnej opłaty z tego tytułu, o której mowa w § 4 ust. 1 lit. c-d Regulaminu. Nie stanowią one podstawowej dokumentacji medycznej. Czas oczekiwania na wydanie dokumentu do 14 dni kalendarzowych.
  6. Wizyty diagnostyczne i terapeutyczne realizowane są przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu, budynek Ośrodka Dziecięcych Porażań Mózgowych „Puchatek”, sala nr 10, parter; Terapeuta: mgr Magdalena Reczek.

### § 3

## REJESTRACJA

Rejestracji na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną można dokonać:

- a) osobiście - w Rejestracji przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu (I piętro);
- b) telefonicznie – pod numerem tel. 696 534 904;
- c) drogą mailową – adres e-mail: fizjoterapia-lindego@spzoz.wroc.pl.

Termin wizyty zostaje wyznaczony, a rodzic/opiekun prawny Uczestnika otrzymuje SMS potwierdzający.

### § 4

## OPŁATY

1. Wizyty diagnostyczne oraz terapeutyczne są płatne. Opłaty są uiszczane za poszczególne usługi:
  - a) za wizytę diagnostyczną - 160,00 zł w terminie nie później niż 3 dni robocze po wyznaczeniu terminu wizyty i 24 h przed terminem wizyty;
  - b) za wizytę terapeutyczną – 160,00 zł w terminie nie później niż 3 dni robocze po wyznaczeniu terminu wizyty i 24 h przed terminem wizyty;
  - c) za sporządzenie pisemnej opinii po spotkaniu diagnostycznym lub na dowolnym etapie terapii metodą FITS –75,00 zł w terminie nie później niż 3 dni robocze po złożeniu stosownej prośby (ustnie lub pisemnie);

- 
- d) za sporządzenie pisemnego zaświadczenia potwierdzającego udział Uczestnika w terapii metodą FITS – 30,00 zł w terminie nie później niż 3 dni robocze po złożeniu stosownej prośby (ustnie lub pisemnie).
  2. Opłata może być uiszczona w jeden z następujących sposobów:
    - a) przelewem na numer rachunku bankowego W CZ SPZOZ: PKO BP SA 73 1020 5226 0000 6802 0416 3358; **(konieczność przesłania dowodu wpłaty na adres mailowy)**
    - b) kartą płatniczą za pośrednictwem terminala płatniczego zlokalizowanego w Rejestracji przy ul. Lindego 19-21 we Wrocławiu (I piętro).
  3. Wynagrodzenie płatne jest z góry, w terminach wskazanych w ust. 1 powyżej, niezależnie od wybranej przez zobowiązanego formy płatności.
  4. W przypadku, gdy we wskazanym terminie płatność nie zostanie dokonana, ustalony termin wizyty zostaje anulowany, a na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną przyjmowana jest kolejna osoba z listy osób oczekujących.
  5. W przypadku rezygnacji z wizyty diagnostycznej lub terapeutycznej, jeżeli została ona dokonana do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie, to uiszczona opłata zostanie w całości zwrócona.
  6. W przypadku odwołania wizyty diagnostycznej lub terapeutycznej oraz wyrażenia przez rodzica/opiekuna prawnego chęci zmiany terminu wizyty, jeżeli zostało ono dokonane do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie, W CZ SPZOZ proponuje inny najbliższy termin. Taka opcja może zostać wykorzystana 1 raz. W przypadku kolejnego odwołania do 24 godzin poprzedzających umówione spotkanie uiszczona opłata zostanie w całości zwrócona.
  7. 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.
  8. W przypadku odwołania wizyty przez W CZ 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. Za dzień uiszczenia opłaty/dokonania zwrotu opłaty przyjmuje się dzień uznania płatności na rachunku bankowym Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ.
  10. W przypadku zaistnienia u Uczestnika przeciwwskazań medycznych do wykonania któregośkolwiek ze świadczeń zdrowotnych w ramach terapii, Terapeuta ma prawo odmówić wykonania tych świadczeń zdrowotnych z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa medycznego pacjenta. W takim przypadku W CZ SPZOZ zwróci wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne, które nie mogą być zrealizowane. W zakresie zwrotu uiszczonej opłaty przepis ust. 8 powyżej stosuje się odpowiednio.

## § 5

### PRAWA i OBOWIĄZKI

1. Uczestnik zobowiązany jest przestrzegać wyznaczonych terminów i godzin zaplanowanych wizyt.
2. Spóźnienie się na wizytę diagnostyczną lub terapeutyczną skutkuje brakiem możliwości jej realizacji w danym dniu. W takim przypadku wniesiona 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 rodzicach/opiekunach prawnych spoczywa obowiązek sprawowania opieki nad Uczestnikami przebywającymi na terenie przychodni. Podczas korzystania Uczestnika z zabiegów rodzice/opiekunowie prawni mają obowiązek przebywania w tym czasie terenie obiektu.
6. W czasie korzystania ze świadczeń Uczestnik, a także rodzic/opiekun prawny mają prawo do pełnej informacji o proponowanych metodach diagnostycznych i terapeutycznych.
7. Terapeuta jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej. Natomiast każde zaświadczenie lub opinia wydawane są na prośbę 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, chyba, że ww. objawy wynikają z innych schorzeń, o niezakaźnym charakterze (np. alergii), co należy potwierdzić stosownym zaświadczeniem lekarskim.
9. Rodzic/opiekun prawny zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Terapeuty o zmianach stanu zdrowia Uczestnika, który bierze udział w terapii.

## § 6

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zalecenia dodatkowe dla rodzica/opiekuna prawnego:  
Podczas terapii metodą FITS rekomendowane jest nagrywanie przez rodzica/opiekuna prawnego obrazu Uczestnika wykonującego poszczególne ćwiczenia. Rejestracja prowadzona przez rodzica/opiekuna prawnego ma na celu usprawnienie procesu terapeutycznego poprzez umożliwienie korzystania z prawidłowego wzorca ćwiczeń podczas realizacji zaleceń w warunkach domowych. Nagrywanie ma charakter wyłącznie zalecany, nie jest działaniem obowiązkowym.
2. Wzięcie udziału w procedurze diagnozy i terapii wad postawy metodą FITS wymaga udzielenia pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego, a w przypadkach przewidzianych przez prawo także Uczestnika, na warunki określone w Regulaminie.
3. Regulamin jest dostępny w rejestracji Przychodni Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień oraz na stronie [www.spoz.wroc.pl](http://www.spoz.wroc.pl).