Miejscowość, data ……………..

Imię i nazwisko

Ulica

Kod pocztowy, miejscowość

PESEL:

Nr Tel.

Szanowny Pan/Pani

Dyrektor placówki

…………………..

……………………

Prośba o wyznaczenie wizyty lekarskiej

W związku z odmową wyznaczenia mi wizyty u lekarza ………………………….. w ustawowym terminie do 7 dni roboczych, uprzejmie informuję , iż zgodnie z art. 47c Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) tj. z 19 października 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) kobietom w ciąży przysługuje prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej na poniższych zasadach:

1. korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących;
2. świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa wyżej, w dniu zgłoszenia;
3. w przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Wizyty odmówiono mi w okienku rejestracji, w dniu …….

Mając na uwadze powyższe, ponownie uprzejmie proszę o wyznaczenie wizyty do lekarza o specjalności …………………………………………………. w ustawowym terminie.

Informuję, iż posiadam wymagane skierowanie do lekarza oraz zaświadczenie o ciąży.

Z poważaniem,