

Ogólne Warunki Świadczenia Usług nr 2/2018

OGÓLNE WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG strona 2

Zakresy opieki

Pakiet Super strona 5

Pakiet Extra strona 8

Pakiet Premium strona 12

OGÓLNE WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Świadczenia Usług (zwanych dalej OWŚU) **PBG Services Sp. z o.o.**, właściciel portalu www.ePakietyMedyczne.pl z siedzibą w Warszawie ul. Pańska 96/83, Spółka wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000661905, NIP: 527-280-08-52, REGON: 366816761. Mail kontakt@epakietymedyczne.pl, tel. + 48 579-08-78-78 zwany dalej **ZLECENIOBIORCĄ** lub **PBGS** zawiera umowy (zwané dalej Umową) z osobami fizycznymi zwanymi dalej **Klientami** na świadczenie ambulatoryjnej opieki medycznej realizowanej przez firmę LUX MED i/lub Medycyna Rodzinna będącá częścią Grupy LUX MED.
2. Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Umowie.
3. W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej, obowiązek uiszczenia Opłaty spoczywa na Kliencie.
4. Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest Potwierdzenie Zamówienia wystawione przez Zleceniobiorcę.
5. W sprawach nieuregulowanych w OWŚU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2 DEFINICJE POJĘĆ

Określenia użyte w niniejszych OWŚU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy oraz dokumentach związanych z zawarciem i wykonaniem Umowy oznaczają:

Choroba – nieprawidłowy, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan fizyczny lub psychiczny organizmu;

Ciąża o przebiegu fizjologicznym – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatálną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;

Ciąża wysokiego ryzyka – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, nalogami, przeszłością położniczą i ginekologiczną, schorzeniami występującymi w rodzinie;

Członek Rodziny – Współmałżonek/Partner życiowy lub Dziecko;

Data uzyskania uprawnień – data wskazana w Potwierdzeniu Zamówienia, od której rozpoczyna się świadczenie usług medycznych w ramach Umowy. Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem miesiąca przypadającego po dacie zarejestrowania przez Zleceniobiorcę (do 25 dnia miesiąca) poprawnie wypełnionego Zamówienia oraz uiszczenia przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności. W przypadku wniosków zarejestrowanych po 25 dniu danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym został zarejestrowany poprawnie wypełniony Zamówienie oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.

Data zawarcia umowy – data przesłania Klientowi Potwierdzenia Zamówienia

Dokument finansowy – Rachunek lub Inwentarz dokumentu finansowy za usługę Opieki Medycznej LUX MED, wystawiany Klientowi przez Zleceniobiorcę;

Dziecko – dziecko własne Osoby Uprawnionej (Pacjenta), jego współmałżonka albo jego Partnera życiowego, a także dziecko przez nich przysposobione, które w dniu przystąpienia do Umowy nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły (w rozumieniu art. 2 pkt. 2) ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572 ze zm.) oraz do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.), nie ukończyło 26 lat objęte opieką w pakiecie partnerskim lub rodzinnym jako Członek Rodziny **E-Karta Pacjenta (E-Karta)** – imienna karta identyfikacyjna udostępniona w formie elektronicznej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) przez LUX MED za pośrednictwem Portalu Pacjenta na stronie www.luxmed.pl; na mobilnym Portalu Pacjenta pod adresem: <https://m.grupaluxmed.pl/PatientPortalMobile>; a także na aplikacjach mobilnych LUX MED. E-Karta może być wydrukowana lub wyświetlana na urządzeniu mobilnym Osoby Uprawnionej (Pacjenta) zapewniającym prawidłowy odczyt E-Karty, potwierdza prawo Osoby Uprawnionej (Pacjenta) do korzystania ze Świadczeń zdrowotnych;

Klient – osoba fizyczna zawierająca Umowę i zobowiązana do uiszczenia Opłat zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie.

Lekarz – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa w tym w szczególności ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. z dnia 27 września 2011 r. (Dz.U. Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.);

LUX MED – LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21C, (02-676) Warszawa, wpisana pod numerem KRS 0000265353 do rejestru przedsiębiorców KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 5272523080, REGON 140723603, o kapitale zakładowym w wysokości: 546.728.500,00 zł - podmiot udzielający Osobom Uprawnionym (Pacjentom) na mocy Umowy ze Zleceniobiorcą świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w niniejszych OWŚU.

www.ePakietyMedyczne.pl – sklep internetowy oferujący pakiety opieki medycznej.

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Osoby Uprawnionej (Pacjenta). Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;

Opłata – kwota należna Zleceniobiorcy od Klienta z tytułu realizacji Umowy.

Opieka Medyczna LUX MED – prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez Osoby uprawnione (Pacjentów) świadczonych przez LUX MED w zakresie ustalonym w pakiecie medycznym wybranym przez Klienta we Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówieniu, potwierdzonym Potwierdzeniem zamówienia.

Osoba Uprawniona (Pacjent)

1) osoba w wieku 18-64 lata, a w przypadku Dziecka/Dzieci do 25 lat wskazana przez Klienta we Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówieniu, na rzecz której mają być udzielane Świadczenia zdrowotne.

2) osoba w wieku 18-65, a w przypadku Dziecka/Dzieci do 26 lat na rzecz, której są udzielane są Świadczenia zdrowotne po zawarciu Umowy.

Pakiet Indywidualny – pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęta jest wyłącznie Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku od 18 do 65 lat.

Pakiet Partnerski – pakiet, w ramach którego, na zasadach określonych w Umowie, opieką medyczną objęta jest Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku 18-65 lat oraz jeden Członek rodziny; współmałżonek/Partner życiowy w wieku 18-65 lat lub Dziecko do 26 lat;

Pakiet Rodzinny – pakiet, w ramach którego, na zasadach określonych w Umowie, opieką medyczną objęta jest Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku 18-65 lat oraz Członkowie rodziny; współmałżonek/Partner życiowy w wieku 18-65 lat oraz Dzieci do 26 lat

Partner życiowy – osoba prowadząca z Osobą Uprawnioną (Pacjentem) wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Osobą Uprawnioną (Pacjentem) w związku małżeńskim, niezależna powołaniem, ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;

Placówka medyczna – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, uprawniona do udzielania Świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych lub szpitalnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;

Placówki Medyczne LUX MED

a) **Placówki Własne** – ogólnodostępne ambulatoryjne Placówki medyczne LUX MED działające pod marką LUX MED i Medycyna Rodzinna wskazane na stronie www.luxmed.pl, z zastrzeżeniem iż dostęp do Placówek Własnych, w ramach poszczególnych Zakresów świadczeń każdorazowo jest określany w Umowie; Lista Placówek Własnych stanowiąca **Załącznik nr 4** jest aktualna na dzień zawarcia Umowy.

Jej modyfikacja nie stanowi zmiany Umowy i nie wymaga zawarcia aneksu. Aktualna lista znajduje się na stronie www.ePakietyMedyczne.pl

b) **Placówki współpracujące** – podmioty wykonujące działalność leczniczą współpracujące z LUX MED. Dostęp do Placówek współpracujących, w ramach poszczególnych Zakresów świadczeń, każdorazowo jest określany w Umowie. Aktualna lista jest dostępna pod adresem <http://www.luxmed.pl/placowki700/> **Portal Pacjenta** – aplikacja udostępniona przez LUX MED Osobom Uprawnionym (Pacjentom), dostępna pod adresem internetowym www.luxmed.pl w ramach której Osoba Uprawniona (Pacjent) ma możliwość.in. umawiania i odwoływania wizyt, podglądu wizyt zarezerwowanych i odbytych, podglądu wystawionych skierowań, dostępu do E-Karty oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez LUX MED; **Potwierdzenie Zamówienia** – dokument potwierdzający zawarcie umowy zawierający: dane osobowe Klienta, Osób Uprawnionych (Pacjentów), Datę uzyskania uprawnień, okres, na jaki została zawarta umowa, Zakres Umowy, cenę zakupu. Jest przesyłane mailowo do Klienta po zarejestrowaniu przez Zleceniobiorcę poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie umowy – Zamówienia oraz uiszczeniu przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności.

Rabat – wskazana w Umowie, określona w odniesieniu do Świadczenia zdrowotnego zniżka procentowa lub kwotowa od aktualnej ceny Świadczenia zdrowotnego we własnej Placówce medycznej LUX MED;

Rocznica Umowy – pierwszy dzień miesiąca odpowiadający dacie wejścia w życie Umowy, w którym rozpoczyna się kolejne 12 miesięcy jej obowiązywania. W przypadku, gdy Umowa weszła w życie w innym terminie niż pierwszy dzień miesiąca, jest to pierwszy dzień miesiąca następującego po dniu odpowiadającemu dacie wejścia w życie Umowy, w którym rozpoczyna się kolejne 12 miesięcy jej obowiązywania;

Standardy dostępności – czas w jakim LUX MED zobowiązuje się do zapewnienia wizyty/badania. Brak spełnienia standardu umożliwia dokonanie refundacji na warunkach określonych w Regulaminie Refundacji.

Sporty wysokiego ryzyka – wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szubynictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konną;

Świadczenie zdrowotne – konsultacja lekarza lub konsultacje w zakresie psychologii, dietytyki, logopedii, fizjoterapii realizowane przez LUX MED, wizyta domowa lub zlecone przez lekarza LUX MED badanie lub zabieg: pielęgniarstwa, diagnostyczny lub leczniczy, uzasadnione Chorobą lub niezbędną z medycznego punktu widzenia potrzebą jej zapobiegania bądź Nieszczęśliwym wypadkiem oraz Świadczenia zdrowotne związane z prowadzeniem ciąży o przebiegu fizjologicznym, określenie i realizowane przez LUX MED zgodnie z Zakresem świadczeń.

Umowa – Umowa o przystąpieniu do usługi Opieki Medycznej - realizowanej przez LUX MED - zawarta pomiędzy Klientem, a Zleceniobiorcą; Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest Potwierdzenie zamówienia przesłane na adres mailowy Klienta.

Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie - oferta zawarcia umowy kierowana przez Klienta do Zleceniobiorcy.

Wyczynowe uprawianie sportu – za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;

Zakres Świadczeń – zakres świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik do umowy, przysługujących danej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) wraz z warunkami ich wykonania zawartymi w OWŚU

W zależności od kontekstu, terminy wyrażone w liczbie pojedynczej mogą mieć znaczenie liczby mnożnej lub odwrotnie.

§ 3 ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH LUX MED OSOBOM UPRAWNIONYM (PACJENTOM)

1. Świadczenia zdrowotne oferowane w ramach Umowy dostępne są wyłącznie w Placówkach własnych oraz w Placówkach współpracujących LUX MED w godzinach ich funkcjonowania.

2. Warunkiem udzielenia Świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania w placówkach LUX MED w sposób wskazany w ust. 3 i 4 poniżej.

3. Termin wykonania Świadczenia zdrowotnego w **Placówkach własnych LUX MED** można zarezerwować osobiście w Placówce własnej lub za pośrednictwem:

- 1) Komunikatora e-center, który jest dostępny na stronie www.luxmed.pl;
- 2) Aplikacji Portal Pacjenta, która jest dostępna na stronie www.luxmed.pl – po założeniu specjalnego konta i dopełnieniu pozostałych formalności rejestracyjnych;
- 3) infolinii, pod numerem: **22 33 22 888**;
- 4) Innego sposobu wskazanego przez LUX MED.

4. Termin wykonania Świadczenia zdrowotnego w **Placówkach współpracujących** LUX MED można zarezerwować osobiście w Placówce współpracującej lub dzwoniąc bezpośrednio do Placówki współpracującej lub w inny sposób wskazany przez LUX MED.

5. Badania diagnostyczne i laboratoryjne wykonywane są w ramach Umowy wyłącznie na podstawie wskazań medycznych wynikających z procesu diagnostycznego i leczenia prowadzonego przez Lekarza LUX MED oraz wystawionego przez Lekarza LUX MED skierowania. Dotyczy to również pozostałych Świadczeń zdrowotnych wymagających skierowania.

6. Korzystanie ze Świadczeń zdrowotnych odbywa się po okazaniu przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) dokumentu potwierdzającego jej tożsamość oraz po zarejestrowaniu Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w systemie informacyjnym placówki medycznej LUX MED.

7. Osoba Uprawniona (Pacjent) powinna stawić się na wizytę z co najmniej 10-minutowym wyprzedzeniem przed wyznaczoną godziną wykonania Świadczenia zdrowotnego.

8. W przypadku stawienia się Osoby Uprawnionej (Pacjenta) z 10-minutowym lub większym opóźnieniem, LUX MED może odmówić wykonania Świadczenia zdrowotnego.

9. W przypadku, gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) nie będzie mogła stawić się na umówioną wizytę z przyczyn losowych, powinna niezwłocznie odwołać zaplanowaną wizytę w sposób opisany w ust. 3 powyżej.

10. Jeżeli Osoba Uprawniona (Pacjent) nie ukończyła 18 roku życia, na udzielenie Świadczeń zdrowotnych wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.

11. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. W przypadku Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, rodzice są zobowiązani towarzyszyć takiej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) w trakcie wykonywania Świadczeń zdrowotnych.

12. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia konsultacji lekarskiej lub badania diagnostycznego bez ingerencji w integralność fizyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, zgodę na przeprowadzenie takiego Świadczenia zdrowotnego może wyrazić także opiekun faktyczny tej Osoby Uprawnionej (Pacjenta). Uprzednio opiekun faktyczny jest zobowiązany do przedstawienia pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, na wykonanie takiego Świadczenia zdrowotnego oraz zgody tego przedstawiciela ustawowego na przekazanie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania.

13. Zarówno przedstawiciel ustawowy Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 lat, jak i opiekun faktyczny takiej Osoby Uprawnionej (Pacjenta), obecni podczas udzielania jej Świadczeń

Ogólne Warunki Świadczenia Usług nr 2/2018

zdrownych są zobowiązani do przedstawienia LUX MED dokumentu tożsamości potwierdzającego ich tożsamość.

14. W przypadku, kiedy LUX MED w sposób określony w przepisach obowiązującego prawa nie uzyska potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Osoby Uprawnionej (Pacjenta) ubiegającej się o udzielenie takiego świadczenia przez LUX MED (w szczególności wyrażającej wolę nabycia leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, dla którego wydana została decyzja administracyjna o objęciu refundacją), a Osoba Uprawniona (Pacjent) wie, że ma do nich prawo, wówczas Osoba Uprawniona (Pacjent) okaże LUX MED dowód osobisty, paszport, prawo jazdy albo w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia legitymację szkolną oraz przedstawi LUX MED dokument potwierdzający powyższe uprawnienia Osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub złożony pisemnie oświadczenie o przysługującym Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) prawie do świadczeń zdrowotnych.

15. LUX MED uprawniony jest do powierzenia wykonywania Świadczeń zdrowotnych objętych Umową, w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich, innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. Wynagrodzenie należne na rzecz tych podmiotów z tytułu wykonania ww. zleceń uiszcza LUX MED. LUX MED dołoży należytej staranności przy wyborze wspomnianych podmiotów.

§ 4. E-KARTA PACJENTA

1. Po wprowadzeniu danych Osób Uprawnionych (Pacjentów) do systemu informatycznego LUX MED wygeneruje i udostępni Osobie Uprawnionej pobranie E-Karty Pacjenta.

2. Udostępnienie E-Karty odbywać się będzie za pośrednictwem Portalu Pacjenta dostępnego na stronie internetowej LUX MED, Mobilnym Portalu Pacjenta oraz mobilnych aplikacjach udostępnionych przez LUX MED.

3. Uzyskanie dostępu do E-Karty przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) zależy jest od założenia przez nią konta oraz dopełnienia formalności rejestracyjnych pozwalających na uzyskanie dostępu do Portalu Pacjent w zakresie minimum pierwszego poziomu, a w przypadku aplikacji mobilnych drugiego poziomu dostępu, jak również pobranie i zainstalowanie stosownej aplikacji.

4. E-Karta Pacjenta powinna być okazana wraz z:

1) dowodem osobistym lub prawem jazdy wydanym przez polski organ administracji publicznej – w przypadku obywateli polskich;

2) paszportem lub kartą pobytu – w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego; które potwierdzają tożsamość Osoby Uprawnionej (Pacjenta) i na tej podstawie LUX MED ustala prawo do otrzymywania Świadczeń zdrowotnych udzielanych przez LUX MED opisanym w Zakresie Świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 niniejszego paragrafu. W przypadku odmowy okazania ww. dokumentu tożsamości LUX MED może odmówić wykonania Świadczenia zdrowotnego.

5. E-Karta Pacjenta jest imienną kartą w formie elektronicznej udostępnianą dla każdej Osoby Uprawnionej (Pacjenta) i posługiwać się nią może wyłącznie wskazana przez LUX MED Osoba Uprawniona (Pacjent), dla której E-Karta Pacjenta została wydana.

6. E-Karta Pacjenta jest udostępniana Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) na czas posiadania uprawnień w ramach posiadanego Zakresu Świadczeń. Po rozwiązaniu Umowy, wygaśnięciu Umowy lub wykreśleniu Osoby Uprawnionej (Pacjenta) z Listy, E-Karta traci swoją ważność z upływem ostatniego dnia ważności uprawnień w ramach Umowy.

§ 5. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

1. W związku z udzielaniem Świadczeń zdrowotnych LUX MED prowadzi dokumentację medyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta).

2. Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sposób jej udostępnienia Osobom Uprawnionym (Pacjentom), przedstawicielom ustawowym Osób Uprawnionych (Pacjentów) i osobom trzecim określają właściwie przepisy prawa.

3. Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej i ich wydanie następuje za pokwitowaniem wnioskodawcy, a w przypadkach określonych w przepisach prawa również na koszt wnioskodawcy.

4. Dokumentacja związana z wykonaniem Umowy sporządzana jest w języku polskim, poza przypadkami, gdy przepis prawa przewiduje możliwość sporządzenia dokumentacji medycznej w języku łacińskim.

5. Zleceniobiorca nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby uprawnionej (Pacjenta).

§ 6. WYŁĄCZENIA

1. O ile Umowa, w tym załączniki nie stanowią inaczej, Opieka Medyczna LUX MED zapewnia na podstawie Umowy nie obejmuje:

1) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciąży wysokiego ryzyka;

2) diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;

3) przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;

4) prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;

5) diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;

6) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmologii a także leczenia niepożądanych następstw wymienionych w zdaniu poprzednim procedur;

7) diagnozowania i leczenia niezleconego lub niewykonanego w Placówkach własnych i współpracujących przez LUX MED;

8) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce własnej LUX MED lub Placówce współpracującej (wyłączenie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy - o ile jest objęte zakresem Świadczeń zdrowotnych, druków ZUS ZLA);

9) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której Osoba uprawniona (Pacjent) przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;

10) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;

11) będących wynikiem uczestnictwa Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych;

12) badań diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. O ile Umowa, w tym załączniki nie stanowią inaczej, Opieka Medyczna LUX MED zapewnia na podstawie Umowy nie obejmuje świadczeń zdrowotnych, których konieczność udzielenia Osobie Uprawnionej wynika bezpośrednio lub pośrednio z:

1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terrorizmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;

2) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Pacjenta w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw;

3) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń;

4) wycynowego uprawiania sportów lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka;

5) epidemii, stanów klęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;

6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;

7) prowadzenia pojazdu przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod

Operator medyczny



wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);

8) usiłowania popełnienia przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) samobójstwa, samokaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;

9) działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia;

10) pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;

11) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;

12) Uzyskania Świadczeń zdrowotnych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia LUX MED w błąd.

§ 7. ODPOWIEDZIALNOŚĆ LUX MED

1. LUX MED co do zasady ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjenta), o ile szkody te pozostają w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy. Jednakże LUX MED nie ponosi odpowiedzialności za poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjentów) szkody pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy, jeżeli do nich dojdzie:

1) na skutek działania siły wyższej lub

2) na skutek niezastosowania się Pacjenta do zaleceń personelu medycznego LUX MED lub

3) w razie nieotrzymania od Osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub przedstawiciela ustawowego Osoby Uprawnionej (Pacjenta) informacji potrzebnych do wykonania Świadczenia zdrowotnego, zatajenia takich informacji, a także w przypadku, gdy podane przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta), przedstawiciela Osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub opiekuna faktycznego informacje okażą się nieprawdziwe;

4) w przypadkach, gdy nie można przypisać winy LUX MED, a w sytuacji określonej w art. 430 Kodeksu cywilnego, nie można przypisać winy osobie, której LUX MED powierzył wykonanie czynności.

2. LUX MED posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania Świadczeń zdrowotnych.

§ 8 PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

1. Wykonywanie postanowień Umowy polega na udostępnieniu Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) Usług medycznych w Placówkach Medycznych LUX MED w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z wybranym Zakresem Umowy i na zasadach określonych w OWŚU, których potrzeba realizacji pojawia się w okresie trwania Umowy – objęcie Opieką.

2. Zakres Świadczeń zdrowotnych zależnie od wybranego pakietu jest opisany w **Załączniku nr 1a, 1b lub 1c** do OWŚU.

3. Wszystkie Osoby Uprawnione (Pacjenci) w ramach jednej Umowy partnerskiej lub rodzinnej są objęte tym samym Zakresem Umowy.

4. LUX MED zastrzega sobie prawo do zmiany Placówek Medycznych w trakcie obowiązywania Umowy. Aktualny wykaz Placówek Medycznych dostępny jest na stronie internetowej www.luxmed.pl oraz pod numerem infolinii LUX MED przy czym dostęp do nich każdorazowo określony jest w Umowie.

§ 9 ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

1. Umowa zostaje zawarta na okres 13 miesięcy, licząc od Daty uzyskania uprawnień, zgodnie z oświadczeniem Klienta wyrażonym we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu. Potwierdzeniem zawarcia umowy jest wysłanie Klientowi Potwierdzenia Zamówienia.

2. Umowa jest zawierana na podstawie oferty jej zawarcia złożonej przez Klienta i jej przyjęcia przez Zleceniobiorcę. Klient składa ofertę na Wniosek Zleceniobiorcy.

3. Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem miesiąca przypadającego po dacie zarejestrowania przez Klienta poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie umowy - Zamówienia oraz uiszczeniu przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Platności. W przypadku Wniosków zarejestrowanych po 25 dniu danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało zarejestrowane poprawnie wypełnione Zamówienie oraz uiszczone została Opłata za pierwszy Okres Platności.

4. Umowa po upływie 13 miesięcy zostanie przedłużona automatycznie na czas nieokreślony chyba że na co najmniej 30 dni przed datą upływu 13 miesięcy od dnia wejścia w życie Umowy, nastąpi jej wypowiedzenie przez jedną ze stron.

5. W przypadku przedłużenia Umowy na czas nieokreślony, każda ze stron może ją wypowiedzieć bez wskazania przyczyn, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca

6. Zleceniobiorca może zaproponować zmianę warunków Umowy zawartej na czas nieokreślony w każdym momencie. Klient jest zobowiązany do poinformowania Zleceniobiorcy o swojej decyzji. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie wystarczającym sposobem poinformowania Zleceniobiorcy jest uiszczenie Opłaty w wysokości i terminie wskazanym w ofercie.

7. Składając Wniosek o zawarcie umowy - Zamówienie, Klient wnosi Opłatę na poczet uruchomienia Umowy.

8. Dostarczenie Zleceniobiorcy niekompletnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówienia lub niewpłacenie kwoty na poczet Opłaty uniemożliwia zawarcie Umowy.

9. Umowę uważa się za zawartą na warunkach określonych we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu w momencie wniesienia Opłaty przez Klienta i przesłania Klientowi na jego adres mailowy podany we Wniosku Potwierdzenia Zamówienia.

10. W razie obejmowania Osoby Uprawnionej (Pacjenta) Opieką w trakcie trwania umowy postanowienia ust. 2-3 stosuje się odpowiednio.

§ 10 ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Klientowi przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni od Daty zawarcia umowy. Wzór oświadczenia, którym można się posłużyć stanowi **Załącznik nr 2** do OWŚU.

Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość nie przysługuje Klientowi w przypadku rozpoczęcia, za zgodą Klienta wykonywania Świadczeń Zdrowotnych na rzecz Osoby Uprawnionej (Pacjenta), przed upływem 14 dni od dnia zawarcia Umowy, gdyż Umowa została wykonana.

2. W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Klient niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni otrzyma zwrot Opłaty na rachunek bankowy, z którego została dokonana płatność.

3. Odpowiedzialność Zleceniobiorcy z tytułu Umowy wygasa:

a) w ostatnim dniu okresu na jaki została zawarta Umowa, a w przypadku Umowy zawartej na czas nieokreślony w chwili, gdy Klient nie zaakceptuje warunków kolejnej Umowy zgodnie z § 9 ust. 6.

b) w przypadku śmierci Klienta, w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu przez Zleceniobiorcę informacji o śmierci Klienta,

c) w odniesieniu do konkretnej Osoby Uprawnionej;

i. z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku, gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) przekroczyła limit wieku dla określonego pakietu uprawniającego do objęcia Opieką Medyczną LUX MED. Klient zostanie wtedy poinformowany o możliwości zmiany pakietu dla osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub rezygnacji z niniejszej Umowy

ii. w przypadku śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta), w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu informacji o śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta) przez Klienta.

4. Każda ze Stron może wypowiedzieć umowę zawartą na czas nieokreślony z zachowaniem trzy miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wzór wypowiedzenia stanowi **Załącznik nr 3**.

5. W przypadku wypowiedzenia umowy przez Zleceniobiorcę w skutek zażalenia przez Klienta z płatnościami każda z Osób Uprawnionych (Pacjenci) nie może być wpisana ponownie na listę LUX MED w ciągu kolejnych 12 miesięcy.

§ 11 ZMIANY UMOWY

1. Na wniosek Klienta Zleceniobiorca w każdym miesiącu może zmienić pakiet Opieki Medycznej LUX MED na wyższy. Zmiana na pakiet niższy może nastąpić po 12 miesiącach od aktywacji Umowy lub ostatniej zmiany wersji Zakresu Świadczeń. Dotyczy to zmian w obrębie tego samego rodzaju pakietu tj. pojedynczego, partnerskiego lub rodzinnego.
2. Współmałżonka/Partnera objętych pakietem Rodzinnym lub Partnerskim można zmienić jednak nie częściej niż raz na 12 miesięcy.
3. Zmiana o, której mowa w ust. 1 i 2 wchodzi w życie z kolejnym pełnym miesiącem jeżeli zgłoszenie zmiany nastąpiło do 25 dnia miesiąca bieżącego.
4. W przypadku Wniosków zarejestrowanych po 25 dniu danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało zarejestrowane poprawnie wypełniony Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.
5. Na pisemne zlecenie Klienta Zleceniobiorca może dokonać aktywności nowego pakietu Opieki Medycznej w dowolnym momencie. W takim przypadku Klient przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że:
 - a) Opieka Medyczna będzie aktywna w terminie do 3 dni roboczych od daty otrzymania przez Zleceniobiorcę zlecenia Klienta,
 - b) Opłata jest pobierana za cały pierwszy miesiąc niezależnie od faktycznej liczby dni aktywności pakietu,
 - c) Zleceniobiorca potwierdza mailowo przyjęcie realizacji lub ew. odrzucenie wniosku Klienta.
6. Zmiany, o których mowa w ust. 1 – 4 niniejszego paragrafu mogą być procesowane wyłącznie po przesłaniu z adresu Klienta zarejestrowanego we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu pisemnego zlecenia zawierającego wymagane dane oraz stosowne oświadczenie Klienta na adres Zleceniobiorcy kontakt@ePakietyMedyczne.pl

§ 12 OPŁATA I INNE NALEŻNOŚCI

1. Opłata uiszczana jest z góry w momencie składania Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówienia zgodnie z Regulaminem Sklepu. Opłata może być uiszczana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. Opłatę uważa się za uiszczoną w dniu uznania na rachunku bankowym Zleceniobiorcy pełnej wymaganej Opłaty.
3. Dokumenty Finansowe będą wysyłane w formie elektronicznej na wskazany przez Klienta adres email.
4. Zleceniobiorca udostępnia Klientowi następujące sposoby płatności z tytułu Umowy:
 - a. Płatności elektroniczne za pośrednictwem platformy zakupowej DotPay – Opłata za **pierwszy** okres rozliczeniowy
 - b. Płatności elektroniczne za pośrednictwem platformy zakupowej DotPay – Opłata za **kolejne** okresy rozliczeniowe
 - c. Przelew na rachunek bankowy Zleceniobiorcy – Opłata za **kolejne** okresy rozliczeniowe najpóźniej do 15 dnia każdego miesiąca. Nr rachunku bankowego jest podany w Potwierdzeniu zamówienia. W tytule prosimy o podanie: imienia i nazwiska, nr Klienta.
5. Zleceniobiorca zastrzega sobie po uprzednim poinformowaniu Klienta prawo do zmian sposobu płatności.
6. Zleceniobiorca naliczać będzie Opłaty za Usługi z góry za kolejne Okresy rozliczeniowe korzystania z Usługi. Opłata jest wymagana do 25 dnia miesiąca.
7. W przypadku opóźnienia w uiszczeniu Opłaty w całości lub w części, Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie.
8. W przypadku zalegania przez Klienta do 25 dnia miesiąca z uiszczeniem Opłaty za kolejny okres – usługi podlegają zawieszeniu od 1 dnia kolejnego miesiąca. Aktywacja usługi następuje po zaksięgowaniu Opłaty i po przekazaniu przez Zleceniobiorcę stosownej informacji do LUX MED. Aktywacja następuje nie wcześniej niż z dniem otrzymania informacji przez LUX MED od Zleceniobiorcy. Nie zwalnia to Klienta z obowiązku zapłaty za cały okres.
9. W przypadku zalegania przez Klienta z uiszczeniem Opłaty w kolejnym miesiącu do dnia 25 dnia miesiąca Zleceniobiorca jest uprawniony do wypowiedzenia Umowy w trybie natychmiastowym. W takim przypadku Klient, niezależnie od obowiązku uregulowania zaległych należności, zobowiązany jest do uiszczenia opłaty jednorazowej w wysokości trzech opłat miesięcznych.
10. W razie zalegania Klienta z należnościami na rzecz Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca, zastrzega sobie prawo do przekazania informacji o zaległościach do podmiotów współpracujących ze Zleceniobiorcą w zakresie dochodzenia należności.
11. W przypadku gdy zawarcie Umowy wiązało się z przyznaniem Klientowi przez Zleceniobiorcę rabatów przy naliczaniu wysokości Opłaty, Zleceniobiorca jest uprawniony żądać zwrotu wartości finansowej wynikającej z wielkości udzielonych rabatów do opłaty jeśli Zleceniodawca wypowiedział umowę przed upływem okresu, na który została zawarta Umowa i uwagi na zaleganie Klienta z uiszczeniem Opłat.

§ 13 OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH I DOKUMENTACJA MEDYCZNA

1. Podanie danych osobowych wymienionych we Wniosku o zawarcie umowy - Zamówieniu jest dobrowolne, jednak bez podania i wypełnienia pól wymaganych Umowa nie zostanie zawarta.
2. Zleceniobiorca jest administratorem danych osobowych zawartych w Umowie. W celu realizacji Umowy dane osobowe za zgodą Klienta są udostępniane LUX MED w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. oraz podmiotowi realizującemu obsługę płatności.
3. Osoba Uprawniona (Pacjent) ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
4. Strony zobowiązują się do aktualizowania w formie pisemnej pod rygorem nieważności, wszelkich danych zawartych w Umowie mających wpływ na jej realizację, w szczególności Klient zobowiązany jest poinformować pisemnie Zleceniobiorcę o zmianie adresu mailowego oraz numeru telefonu.
5. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) zgodnie z Umową, LUX MED prowadzi dokumentację medyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta).
6. Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej przez LUX MED oraz sposób jej udostępniania osobom trzecim określają właściwe przepisy obowiązującego prawa.
7. Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej realizowane jest przez LUX MED
8. Zleceniobiorca nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej (Pacjenta).

§ 14 POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻAŁEŃ

1. Reklamacje w **zakresie realizacji usług medycznych** należy kierować bezpośrednio do LUX MED. Reklamacje można zgłosić w dowolnej formie, w tym na formularzu reklamacyjnym, który można znaleźć na stronach [www](http://www.luxmed.pl) oraz w każdej Placówce LUX MED. Zgłosić reklamację można kierując ją na adres: obsługa_klienta@luxmed.pl oraz telefonicznie – operatorowi Infolinii lub pisemnie na adres: **Dział Zarządzania Reklamacjami - Departament Obsługi Klienta, LUX MED Sp. z o.o. ul. Postępu 21 C, 02-676 Warszawa** lub jak powyżej zaznaczono anonimowo lub na formularzu ankiety ocen po wizycie.
2. Każda reklamacja powinna zawierać następujące informacje: dane osoby, której reklamacja dotyczy (Imię i Nazwisko, numer karty lub data urodzenia lub nr PESEL, adres pocztowy lub elektroniczny, na jaki trafić ma odpowiedź. Rekomendujemy umieszczenie adnotacji „Klient portalu www.ePakietyMedyczne.pl”), opis przedmiotu reklamacji i okoliczności jej złożenia (data, miejsce) oraz treść uwag przekazanych przez składającego skargę, dane osoby składającej reklamację jeśli nie jest nią osoba, której reklamacja dotyczy.
3. Odpowiedź na **reklamacje nie dotycząca spraw medycznych** udzielana jest w terminie do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia reklamacji, odpowiedź **na reklamacje medyczne** – w terminie do 15 dni roboczych od dnia przyjęcia skargi. W przypadkach, gdy wyjaśnianie reklamacji lub podjęcie decyzji nie jest możliwe w takim terminie - udzielana jest odpowiedź zawierająca informacje o wdrożeniu wyjaśnień, dotychczasowych ustaleniach, jeśli takie są, oraz o przewidywanym trybie rozpatrzenia.
4. **Uwagi dotyczące niniejszej umowy** proszę kierować do Zleceniobiorcy PBG Services Sp. z o.o., ul. Pańska 96/83 Warszawa lub mailowo na adres kontakt@ePakietyMedyczne.pl
5. Proces reklamacyjny nie zwalnia Klienta z obowiązku terminowego uiszczenia Opłat.

§ 15 OBOWIĄZKI OSÓB UPRAWNIONYCH (PACJENTÓW)

1. Osoba Uprawniona (Pacjent) jest zobowiązana do:
 - 1) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarzy;
 - 2) przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
 - 3) przestrzegania terminów wykonania Świadczeń zdrowotnych uzgodnionych z LUX MED;
 - 4) przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania LUX MED o rezygnacji ze Świadczenia zdrowotnego w Placówkach własnych i Placówkach współpracujących niezwłocznie, nie później niż 6 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania;
 - 5) w przypadku gdy Osoba Uprawniona **nie skorzysta z wcześniej umówionego Świadczenia zdrowotnego** **oraz nie odwoła tego Świadczenia zdrowotnego na co najmniej 6 godzin** przed jego ustaloną godziną i będzie to trzeci taki przypadek w okresie ostatnich 30 dni ww. **Osoba Uprawniona utraci na okres 30 dni biegnących od godziny umówionego Świadczenia zdrowotnego, możliwość umawiania Świadczenia zdrowotnego tego samego rodzaju jak ww. nieodwołane.** Powyższe nie ma wpływu na możliwość umawiania jakichkolwiek Świadczeń zdrowotnych opłacanych bezpośrednio przez Osobę Uprawnioną zgodnie z aktualnym cennikiem Placówki własnej lub Placówki współpracującej;
 - 6) powstrzymywania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez LUX MED.

§ 16 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez LUX MED podlegają przepisom prawa polskiego.
2. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Zleceniobiorcy powinny być składane drogą elektroniczną na adres kontakt@ePakietyMedyczne.pl, na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
3. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Klienta na piśmie w pierwszej kolejności drogą elektroniczną na adres wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu.
4. Jeżeli Klient zmienił adres e-mail wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu i nie zawiadomił o tym Zleceniobiorcy, przyjmuje się, że Zleceniobiorca dopełni swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Zleceniobiorcy adres e-mail Klienta.
5. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian OWŚU, cen oraz Zakresu Świadczeń w każdym czasie. Informacje dot. zmian zostaną przekazane Klientowi zgodnie z wybraną drogą komunikacji – mail – nie później niż na 30 dni przed wejściem zmian w życie. W przypadku brak akceptacji zmian Klient będzie miał możliwość wypowiedzenia Umowy ze skutkiem na dzień ich wejścia w życie. Wypowiedzenie musi zostać złożone najpóźniej na dzień przed wejściem zmian w życie na wskazany przez Zleceniobiorcę adres kontakt@ePakietyMedyczne.pl.
6. W sprawach nieuregulowanych Ogólnymi Warunkami Świadczenia Usług stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

§ 17 LISTA ZAŁĄCZNIKÓW BĘDĄCYCH INTEGRALNĄ CZĘŚCIĄ OWŚU

Lista załączników będących integralną częścią Ogólnych Warunków Świadczenia Usług

- Załącznik nr 1a, 1b, 1c** – Zakres świadczeń przysługujących Osobom Uprawnionym (Pacjentom)
Załącznik nr 2 – Formularz odstąpienia od Umowy
Załącznik nr 3 – Formularz rozwiązania Umowy
Załącznik nr 4 – Lista placówek własnych LUX MED aktualna w Dniu zawarcia umowy.

Niniejsze OWŚU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 08.06.2018 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

PBG Services Sp. z o.o.



PAKIET SUPER - Zakres Świadczeń

usługi realizowane w placówkach własnych sieci
Medycyna Rodzinna oraz placówkach współpracujących

24h Telefoniczna Informacja Medyczna

Pacjenci dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez Grupę LUX MED

Pacjentowi posiadającemu pakiet medyczny w LUX MED przysługuje 10% rabatu na wszystkie usługi medyczne oferowane we własnych placówkach medycznych Grupy LUX MED, do których Pacjent ma dostęp. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Każdemu Pacjentowi posiadającemu pakiet medyczny w LUX MED przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED znajdującym się w Warszawie przy ul. Puławskiej 455. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Konsultacje lekarzy podstawowej opieki medycznej

Usługa obejmuje nieilimitowane wizyty w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, w sytuacjach: chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia i dotyczy następujących konsultacji lekarzy przyjmujących w zakresie:

- interny
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:

Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacji dyżurowych.

Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne

Usługi wykonywane przez pielęgniarki w placówkach wskazanych przez LUX MED w warunkach ambulatoryjnych, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarzy podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznych konsultacji lekarzy. Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venfony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte podczas ww zabiegów, są bezpłatne.

Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne obejmują:

- iniekcja dożylna
- iniekcja podskórna/domięśniowa
- podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- pomiar RR / ciśnienia (bez skierowania od lekarza)
- zmiana / założenie opatrunku niewymagającego zaopatrzenia chirurgicznego
- pobranie krwi
- pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Konsultacje specjalistyczne – dorośli (7 specjalistów)

Usługa obejmuje konsultacje specjalistyczne możliwe do wykonania w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, dostępne w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach i poradnictwa ogólnomedycznego. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia.

Nieilimitowane wizyty bez skierowania dotyczą następujących konsultacji lekarzy przyjmujących w zakresie:

- ginekologii,
- urologii,
- dermatologii
- okulistyki,
- proktologii
- laryngologii
- pulmonologii

Uwaga: Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacji dyżurowych.

Szczepienia przeciwko grypie sezonowej

Usługa jest dostępna w placówkach wskazanych przez LUX MED, w ramach profilaktyki grypy sezonowej na podstawie skierowania z konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznych konsultacji lekarzy. Usługa obejmuje 1 szczepienie w ciągu 12 miesięcy, w skład, którego wchodzi konsultacja lekarza podstawowej opieki medycznej przed szczepieniem, szczepionkę (preparat wskazany przez LUX MED) i wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji.

Szczepienia p/tężcowi

Wykonanie szczepienia p/tężcowi – szczepionka pojedyncza tężcowa adsorbowana. Usługa obejmuje:

- konsultację lekarską przed szczepieniem
- szczepionkę (preparat)
- wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Podstawowe badania diagnostyczne

W zakres usługi wchodzi niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej (nie obejmuje badań wykonywanych za pomocą testów paskowych), obrazowej i czynnościowej wykonywane w placówkach wskazanych przez LUX MED, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznej konsultacji lekarza LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

Liczba wykonywanych badań diagnostycznych jest nielimitowana.

Badania hematologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB. / ESR
- Reticulocyty
- Płytki krwi

Badania biochemiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Białko całkowite / Total Protein
- CRP ilościowo
- Bilirubina bezpośrednia / D.Bilirubin
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- LDH - dehydrogenaza mleczanowa
- Fosfataza zasadowa / Alkaline Phosphatase
- Fosfataza kwaśna
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- GGTP
- Glukoza / Glucose na czczo
- Glukoza / Glucose - 120' / 120' po jedzeniu
- Glukoza / Glucose - 60' / 60' po jedzeniu
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 50 g. glukozy po 1 godzinie
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 50 g. glukozy po 2 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 1 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 2 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 3 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 4 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 5 godzinach
- CK (kinaza kreatynowa)
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kreatynina / Creatinine
- Kwas moczowy / Uric acid
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe

Badania moczu wraz z podaniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz - badanie ogólne

Badania kału wraz z pobraniem wymazu do badania:

- Kał - badanie ogólne

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG - spoczynkowe

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- Rtg czaszki kanały nerwów czaszkowych
- Rtg czaszki oczodoły
- Rtg czaszki PA + bok
- Rtg czaszki PA+bok+podstawa
- Rtg czaszki podstawa
- Rtg czaszki półosiowe wg Orleya
- Rtg czaszki siodło tureckie
- Rtg czaszki styczne
- Rtg twarzoczaszki
- Rtg nosa boczne
- Rtg żuchwy
- Rtg zatok przynosowych
- Rtg nosa - gardła
- Rtg klatki piersiowej PA
- Rtg klatki piersiowej + bok
- Rtg klatki piersiowej bok z barytem
- Rtg klatki piersiowej inne
- Rtg klatki piersiowej PA + bok z barytem
- Rtg klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok lewego
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok obu
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok prawego
- Rtg uda + podudzia
- Rtg kości udowej AP + bok lewej
- Rtg kości udowej AP + bok prawej
- Rtg barku / ramienia - osiowe lewego
- Rtg barku / ramienia - osiowe obu
- Rtg barku / ramienia - osiowe prawego
- Rtg barku / ramienia AP + bok lewego
- Rtg barku / ramienia AP + bok obu - zdjęcie porównawcze

- Rtg barku / ramienia AP + bok prawego
- Rtg barku / ramienia AP lewego
- Rtg barku / ramienia AP obu - zdjęcie porównawcze
- Rtg barku / ramienia AP prawego
- Rtg przedramienia lewego AP + bok
- Rtg przedramienia obu przedramion AP + bok
- Rtg przedramienia prawego AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia lewego AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia obu AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia prawego AP + bok
- Rtg ręki bok- lewa
- Rtg ręki bok- prawa
- Rtg ręki PA lewa
- Rtg ręki PA obustronnie
- Rtg ręki PA prawa
- Rtg ręki wiew kostry
- Rtg stopy AP + bok/skos lewej
- Rtg stopy AP + bok/skos obu
- Rtg stopy AP + bok/skos prawej
- Rtg stóp AP (porównawczo)
- Rtg nadgarstka boczne - lewego
- Rtg nadgarstka boczne - obu
- Rtg nadgarstka boczne - prawego
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos lewego
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos obu
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos prawego
- Rtg obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
- Rtg miednicy i stawów biodrowych

Badania ultrasonograficzne (obejmują prezentację 2D; nie obejmują USG genetycznego):

- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne

Usługi w formie drobnych zabiegów lub badań, wykonywane w placówkach wskazanych przez LUX MED w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych i związany z tym dostęp do użytych podczas zabiegu, bezpłatnych materiałów i środków medycznych takich jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, surowica - antytoksyczna tężcowa, szwy i nici chirurgiczne, uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Pacjent jest uprawniony w ramach pakietu i dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej.

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza - niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych
- Standardowe* komputerowe badanie pola widzenia
- Badanie autorefraktometrem
- Badanie ostrości widzenia

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Zabieg laryngologiczny - Usunięcie tamponady nosa

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- Dermatoskopia

* **Standardowe** - powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP.



PAKIET EXTRA - Zakres Świadczeń

usługi realizowane w placówkach własnych sieci
LUX MED, Medycyna Rodzinna oraz placówkach współpracujących

24h Telefoniczna Informacja Medyczna

Pacjenci dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez Grupę LUX MED

Pacjentowi posiadającemu pakiet medyczny w LUX MED przysługuje 10% rabatu na wszystkie usługi medyczne oferowane we własnych placówkach medycznych Grupy LUX MED, do których Pacjent ma dostęp. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Każdemu Pacjentowi posiadającemu pakiet medyczny w LUX MED przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED znajdującym się w Warszawie przy ul. Puławskiej 455. Rabatów nie sumuje się.

Konsultacje lekarzy podstawowej opieki medycznej

Usługa obejmuje nieilimitowane wizyty w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, w sytuacjach: chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia i dotyczy następujących konsultacji lekarzy przyjmujących w zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:

Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacji dyżurowych.

Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne

Usługi wykonywane przez pielęgniarki w placówkach wskazanych przez LUX MED w warunkach ambulatoryjnych, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznych konsultacji lekarzy. Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, surówka – antytoksyczna ciężcowa, szwy i nici chirurgiczne, użyte podczas w/w zabiegów, są bezpłatne.

Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne obejmują:

- iniekcja dożylna
- iniekcja podskórna/domięśniowa
- podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- pomiar RR / ciśnienia (bez skierowania od lekarza)
- zmiana / założenie opatrunku niewymagającego zaopatrzenia chirurgicznego
- pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi
- pobranie krwi

Rozszerzone konsultacje specjalistyczne – dorośli (12 specjalistów)

Usługa obejmuje konsultacje specjalistyczne możliwe do wykonania w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, dostępne w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach i poradnictwa ogólnomedycznego. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia.

Nieilimitowane wizyty bez skierowania dotyczą następujących konsultacji lekarzy przyjmujących w zakresie:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> ginekologii, | <input checked="" type="checkbox"/> dermatologii, |
| <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii, | <input checked="" type="checkbox"/> neurologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki, | <input checked="" type="checkbox"/> diabetologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii ogólnej, | <input checked="" type="checkbox"/> pulmonologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii, | <input checked="" type="checkbox"/> alergologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> urologii, | <input checked="" type="checkbox"/> proktologii |

Uwaga:

Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacji dyżurowych.

Rozszerzone konsultacje specjalistyczne - dzieci

Usługa obejmuje konsultacje specjalistyczne możliwe do wykonania w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, dostępne w sytuacjach chorobowych, zaostrzenia się chorób przewlekłych, pomocy w nagłych zachorowaniach i poradnictwa ogólnomedycznego. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i/lub monitorowania leczenia.

Nieilimitowane wizyty bez skierowania dotyczą następujących konsultacji lekarzy przyjmujących w zakresie:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii, | <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki, |
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii ogólnej, | <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii. |

Uwaga:

Usługa nie obejmuje konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego oraz konsultacji dyżurowych.

Szczepienia przeciwko grypie sezonowej

Usługa jest dostępna w placówkach wskazanych przez LUX MED, w ramach profilaktyki grypy sezonowej na podstawie skierowania z konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznych konsultacji lekarzy. Usługa obejmuje 1 szczepienie w ciągu 12 miesięcy, w skład, którego wchodzi konsultacja lekarza podstawowej opieki medycznej przed szczepieniem, szczepionkę (preparat wskazany przez LUX MED) i wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji.

Szczepienia p/tężcowi

Wykonanie szczepienia p/tężcowi – szczepionka pojedyncza tężcowa adsorbowana. Usługa obejmuje:

- konsultację lekarską przed szczepieniem
- szczepionkę (preparat)
- wykonanie usługi pielęgnarskiej w postaci iniekcji

Podstawowe badania diagnostyczne

W zakres usługi wchodzi poniżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej (nie obejmuje badań wykonywanych za pomocą testów paskowych), obrazowej i czynnościowej wykonywane w placówkach wskazanych przez LUX MED, na podstawie skierowania wystawionego podczas konsultacji lekarza podstawowej opieki medycznej lub specjalistycznej konsultacji lekarza LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

Liczba wykonywanych badań diagnostycznych jest nielimitowana.

Badania hematologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB. / ESR
- Reticulocyty
- Płytki krwi

Badania biochemiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Białko całkowite / Total Protein
- CRP ilościowo
- Bilirubina bezpośrednia / D.Bilirubin
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- LDH - dehydrogenaza mleczanowa
- Fosfataza zasadowa / Alkaline Phosphatase
- Fosfataza kwaśna
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- GGTP
- Glukoza / Glucose na czczo
- Glukoza / Glucose - 120' / 120' po jedzeniu
- Glukoza / Glucose - 60' / 60' po jedzeniu
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 50 g. glukozy po 1 godzinie
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 50 g. glukozy po 2 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 1 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 2 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 3 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 4 godzinach
- Glukoza / Glucose - test obciążenia 75 g. glukozy po 5 godzinach
- CK (kinaza kreatynowa)
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kreatynina / Creatinine
- Kwas moczowy / Uric acid
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN
- Potas / K
- Proteinoqram
- PSA całkowite / Total PSA
- Sód / Na
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa - lewej dziurki - posiew tlenowy
- Wymaz z nosa - lewej dziurki - posiew w kier. grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa - posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa - prawej dziurki - posiew tlenowy
- Wymaz z nosa - prawej dziurki - posiew w kier. grzybów drożdż.
- Antybiogram do posiewu - (mocz, gardło, nos, oko)

Badania moczu wraz z podaniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz - badanie ogólne

Badania kału wraz z pobraniem wymazu do badania:

- Kał badanie ogólne

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG - spoczynkowe

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- Rtg czaszki kanały nerwów czaszkowych
- Rtg czaszki oczodoły
- Rtg czaszki PA + bok
- Rtg czaszki PA+bok+podstawa
- Rtg czaszki podstawa
- Rtg czaszki półosiowe wg Orleya
- Rtg czaszki siodło tureckie

- Rtg czaszki styczne
- Rtg twarzoczaszki
- Rtg nosa boczne
- Rtg zuchwy
- Rtg zatok przynosowych
- Rtg noso - gardła
- Rtg klatki piersiowej PA
- Rtg klatki piersiowej + bok
- Rtg klatki piersiowej bok z barytem
- Rtg klatki piersiowej inne
- Rtg klatki piersiowej PA + bok z barytem
- Rtg klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- Rtg kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- Rtg kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- Rtg kręgosłupa lędźwiowego bok
- Rtg kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego skosy
- Rtg kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego AP + Bok
- Rtg czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- Rtg kręgosłupa piersiowego
- Rtg kręgosłupa piersiowego AP + bok
- Rtg kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- Rtg kręgosłupa piersiowego bok
- Rtg kręgosłupa piersiowego skosy
- Rtg kręgosłupa szyjnego AP
- Rtg kręgosłupa szyjnego AP + bok
- Rtg kręgosłupa szyjnego bok
- Rtg kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- Rtg kręgosłupa szyjnego skosy
- Rtg czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- Rtg kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego
- Rtg kręgosłupa w pozycji stojącej
- Rtg kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- Rtg kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok lewego
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok obu
- Rtg podudzia (goleni) AP + bok prawego
- Rtg uda + podudzia
- Rtg kości udowej AP + bok lewej
- Rtg kości udowej AP + bok prawej
- Rtg barku / ramienia - osiowe lewego
- Rtg barku / ramienia - osiowe obu
- Rtg barku / ramienia - osiowe prawego
- Rtg barku / ramienia AP + bok lewego
- Rtg barku / ramienia AP + bok obu - zdjęcie porównawcze
- Rtg barku / ramienia AP + bok prawego
- Rtg barku / ramienia AP lewego
- Rtg barku / ramienia AP obu - zdjęcie porównawcze
- Rtg barku / ramienia AP prawego
- Rtg przedramienia lewego AP + bok
- Rtg przedramienia obu przedramion AP + bok
- Rtg przedramienia prawego AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia lewego AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia obu AP + bok
- Rtg łokcia / przedramienia prawego AP + bok
- Rtg ręki bok- lewa
- Rtg ręki bok- prawa
- Rtg ręki PA lewa
- Rtg ręki PA obu
- Rtg ręki PA prawa
- Rtg ręki wiek kostny
- Rtg stopy AP + bok/skos lewej
- Rtg stopy AP + bok/skos obu
- Rtg stopy AP + bok/skos prawej
- Rtg stóp AP (porównawczo)
- Rtg nadgarstka boczne - lewego
- Rtg nadgarstka boczne - obu
- Rtg nadgarstka boczne - prawego
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos lewego
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos obu
- Rtg nadgarstka/dłoni AP + bok/skos prawego
- Rtg obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
- Rtg miednicy i stawów biodrowych

Badania ultrasonograficzne (obejmują prezentację 2D; nie obejmują USG genetycznego):

- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne - transwaginalne
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria

Rozszerzone konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne

Usługi w formie drobnych zabiegów lub badań, wykonywane w placówkach wskazanych przez LUX MED w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub po konsultacji lekarskiej. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych i związany z tym dostęp do użytych podczas zabiegu, bezpłatnych materiałów i środków medycznych takich jak: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, surowica – antytoksyna tężcowa, szwy i nici chirurgiczne, uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Pacjent jest uprawniony w ramach pakietu i dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej.

Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza - niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Usunięcie kleszcza - niechirurgiczne
- Zmiana / założenie - opatrunek mały
- Szycie rany do 3 cm
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym (nie dotyczy usunięcia szwów po porodzie oraz szwów założonych poza placówkami wskazanymi przez LUX MED)

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych
- Standardowe* komputerowe badanie pola widzenia
- Badanie autorefraktometrem
- Badanie ostrości widzenia

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Zabieg laryngologiczny - Usunięcie tamponady nosa

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- Zmiana / założenie - opatrunek mały

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- Dermatoskopia

*Standardowe - powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP.



PAKIET PREMIUM - Zakres Świadczeń

usługi realizowane w placówkach własnych sieci
LUX MED, Medycyna Rodzinna oraz placówkach współpracujących

24h Telefoniczna Informacja Medyczna

Pacjenci dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na świadczenia zdrowotne oferowane w Placówkach własnych LUX MED - dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na usługi medyczne oferowane w Szpitalu Carolina Medical Center

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane w Sport Medica SA w placówce Carolina Medical Center (informacje o placówce znajdują się na www.carolina.pl). Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabat nie obejmuje cen materiałów medycznych takich jak gips lekki, implanty, ortozy, stabilizatory, zespolenia ortopedyczne, szwy łąkotkowe, oraz cen leków podawanych do iniekcji dostawowych i dożylnych. Rabatów nie sumuje się.

Internistyczny/pediatryczny dyżur infekcyjny

Każdorazowo proszę o kontakt z infolinią LUX MED, aby potwierdzić możliwość odbycia konsultacji. W dniu redagowania niniejszego dokumentu taka możliwość funkcjonowała w miastach: Warszawa, Wrocław oraz Kraków.

Konsultacje specjalistów wariant podstawowy

Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> interny | <input checked="" type="checkbox"/> pediatrii | <input checked="" type="checkbox"/> Lekarza medycyny rodzinnej |
|---|---|--|

Uwaga:

Usługa Konsultacje specjalistów wariant podstawowy nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje specjalistów

Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji Lekarzy w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. W przypadku:

Pacjentów powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> alergologii | <input checked="" type="checkbox"/> hematologii | <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii |
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii ogólnej | <input checked="" type="checkbox"/> kardiologii | <input checked="" type="checkbox"/> pulmonologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> dermatologii | <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii | <input checked="" type="checkbox"/> proktologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> diabetologii | <input checked="" type="checkbox"/> nefrologii | <input checked="" type="checkbox"/> reumatologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> endokrynologii | <input checked="" type="checkbox"/> neurologii | <input checked="" type="checkbox"/> urologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> gastroenterologii | <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ginekologii | <input checked="" type="checkbox"/> onkologii | |

Pacjentów do 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii | <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii | <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii |
| <input checked="" type="checkbox"/> dermatologii | <input checked="" type="checkbox"/> neurologii | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ginekologii (od 16 r.ż.) | <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki | |

Pacjentów powyżej 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii onkologicznej | <input checked="" type="checkbox"/> neurochirurgii | <input checked="" type="checkbox"/> rehabilitacji medycznej |
|---|--|---|

Pacjentów do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> alergologii | <input checked="" type="checkbox"/> nefrologii | <input checked="" type="checkbox"/> urologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> gastroenterologii | <input checked="" type="checkbox"/> pulmonologii | |
| <input checked="" type="checkbox"/> kardiologii | <input checked="" type="checkbox"/> reumatologii | |

Uwaga:

Usługa Konsultacje specjalistów nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

E-konsultacje medyczne

LUX MED udostępnia Pacjentom możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Pacjenci, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce CZAT. Pacjent może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Pacjenta, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Pacjenta do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Pacjenta. W zakres e-konsultacji wchodzi również wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą.

Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w następującym zakresie

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.) | <input checked="" type="checkbox"/> pielęgniarstwa pediatrycznego |
| <input checked="" type="checkbox"/> pediatrii (do 18 r.ż.) | <input checked="" type="checkbox"/> położnictwa |

Uwaga:

E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Pacjenta na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.

Zabiegi pielęgniarские

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie Lekarza, w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Pacjent jest uprawniony w ramach zakresu usług, wieku Pacjenta i dostępności zabiegu w ambulatoryjnej Placówce medycznej wskazanej przez LUX MED.

Zabiegi pielęgniarские obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarские:

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Iniekcja dożylna | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały | <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Iniekcja podskórna / domięśniowa | <input checked="" type="checkbox"/> Pobranie krwi | <input checked="" type="checkbox"/> Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kroplówka w sytuacji doraźnej | <input checked="" type="checkbox"/> Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) | | |

Uwaga: Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od Pacjenta pobierana jest opłata.

Zabiegi ambulatoryjne

Usługi obejmujące pomiary podstawowe zabiegi, w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez Lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Pacjent jest uprawniony w ramach zakresu usług, wieku Pacjenta i dostępności zabiegu w wyznaczonej ambulatoryjnej Placówce medycznej wskazanej przez LUX MED.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mierzenie RR / ciśnienia | <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar wzrostu i wagi ciała | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne |
|--|---|--|

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Szycie rany do 1,5 cm | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez LUX MED – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza LUX MED (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – chirurgiczne | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego) | | |

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- | | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie | <input checked="" type="checkbox"/> Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony | <input checked="" type="checkbox"/> Placówkami medycznymi wskazanymi przez LUX MED – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza LUX MED |
| <input checked="" type="checkbox"/> Katetyzacja trąbki słuchowej | <input checked="" type="checkbox"/> Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona | <input checked="" type="checkbox"/> Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej |
| <input checked="" type="checkbox"/> Płukanie ucha | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Proste opatrunki laryngologiczne | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Koagulacja naczyń przegrody nosa | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie tamponady nosa | | |

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie dna oka | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie ostrości widzenia | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie widzenia przestrzennego |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie autorefraktometrem | <input checked="" type="checkbox"/> Płukanie kanalików łzowych (dot. Pacjentów powyżej 18 r.ż.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gonioskopia (ocena kąta przesączania) | <input checked="" type="checkbox"/> Podanie leku do worka spojówkowego | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie ciała obcego z oka | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego | |

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy | <input checked="" type="checkbox"/> Przygotowanie gips tradycyjny – opaska | <input checked="" type="checkbox"/> Zdjęcie gipsu – kończyna górna |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nastawienie zwłchnięcia lub złamania | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie gipsu | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Zdjęcie gipsu – kończyna dolna | |

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- Standardowa* dermatoskopia

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchniowe

Uwaga:

Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Pacjenta pobierana jest opłata.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Usługa obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciw tężcowi).

Usługa składa się z:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> konsultacji lekarskiej przed szczepieniem | <input checked="" type="checkbox"/> szczepionki (preparat) |
|---|--|

- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Szczepienia przeciwko grypie realizowane są w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Usługa jest dostępna dla Pacjentów, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy okresu obowiązywania umowy), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne | <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol całkowity | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Pacjentów już od 16 r.ż.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza na czczo | |

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy ambulatoryjnych Placówek medycznych wskazanych przez LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi | <input checked="" type="checkbox"/> Płytki krwi manualnie | <input checked="" type="checkbox"/> APTT |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <input checked="" type="checkbox"/> INR / Czas protrombinowy | <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinogen |
| <input checked="" type="checkbox"/> OB / ESR | <input checked="" type="checkbox"/> Czas trombinowy – TT | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rozmaz ręczny krwi | <input checked="" type="checkbox"/> D – Dimery | |

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP ilościowo | <input checked="" type="checkbox"/> Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | <input checked="" type="checkbox"/> Transferyna |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminaza GPT / ALT | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg | <input checked="" type="checkbox"/> Tyreoglobulina |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminaza GOT / AST | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN | <input checked="" type="checkbox"/> Apolipoproteina A1 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Amylaza | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K | <input checked="" type="checkbox"/> Lipaza |
| <input checked="" type="checkbox"/> Albuminy | <input checked="" type="checkbox"/> Proteinogram | <input checked="" type="checkbox"/> Miedź |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko całkowite | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol po południu |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko PAPP – a | <input checked="" type="checkbox"/> Trójglicerydy | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol rano |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bilirubina całkowita | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń / Ca | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bilirubina bezpośrednia | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chlorki / Cl | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgA | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL Cholesterol | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgG | <input checked="" type="checkbox"/> TSH / hTSH |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL Cholesterol | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgM | <input checked="" type="checkbox"/> Estradiol |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas foliowy | <input checked="" type="checkbox"/> FSH |
| <input checked="" type="checkbox"/> CK (kinaza kreatynowa) | <input checked="" type="checkbox"/> Witamina B12 | <input checked="" type="checkbox"/> T3 Wolne |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDH – dehydrogen. mlecz. | <input checked="" type="checkbox"/> Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe | <input checked="" type="checkbox"/> T4 Wolne |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfataza zasadowa / | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | <input checked="" type="checkbox"/> Total Beta-hCG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfataza kwaśna | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | <input checked="" type="checkbox"/> LH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor / P | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | <input checked="" type="checkbox"/> Progesteron |
| <input checked="" type="checkbox"/> GGTP | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | <input checked="" type="checkbox"/> Testosteron |
| <input checked="" type="checkbox"/> Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3h) | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | <input checked="" type="checkbox"/> Testosteron wolny |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza 120' po jedzeniu | <input checked="" type="checkbox"/> Ferrytyna | <input checked="" type="checkbox"/> AFP – alfa-fetoproteina |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza 60' po jedzeniu | <input checked="" type="checkbox"/> Ceruloplazmina | <input checked="" type="checkbox"/> PSA – wolna frakcja |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach | | <input checked="" type="checkbox"/> PSA całkowite |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach | | <input checked="" type="checkbox"/> CEA – antygen carcinoembrionalny |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina | | <input checked="" type="checkbox"/> CA 125 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy | | <input checked="" type="checkbox"/> CA 15.3 – antyg. raka sutka |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> CA 19.9 – antyg. Raka przewodu pokarmowego |

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Serologia kłby podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR | <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ag / antygen | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą IgG |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASO ilościowo | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała a-mikrosomalne / Anty TPO | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą IgM |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASO jakościowo | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgG |
| <input checked="" type="checkbox"/> RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo | <input checked="" type="checkbox"/> CMV IgG | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Odczyn Waaler-Rose | <input checked="" type="checkbox"/> CMV IgM | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Test BTA | <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ab / przeciwciała | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe | <input checked="" type="checkbox"/> HCV Ab / przeciwciała | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA |
| <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / - /) | <input checked="" type="checkbox"/> Helicobacter Pylori IgG ilościowo | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG |
| | <input checked="" type="checkbox"/> HIV I / HIV II | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM |
| | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą – lateks | <input checked="" type="checkbox"/> HBC Ab IgM |

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg w moczu DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K w moczu |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko całkowite / DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K w moczu / DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor w moczu / DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol w DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na w moczu / DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Metoksykatecholaminy w DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina w moczu / DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Ołów / Pb w moczu |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy w moczu / DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń w moczu / DZM | |

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z migdałka – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa – posiew tlenowy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew ogólny | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew beztlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z gardła – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z oka – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z migdałka | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa | |

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Czystość pochwy (biocenoza pochwy) | <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew nasienia tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy w kierunku GBS | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew płwociny | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany – posiew beztlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy | <input checked="" type="checkbox"/> Antybiogram do posiewu (materiał różny) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku SS | | |

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał badanie ogólne | <input checked="" type="checkbox"/> Krew utajona w kale / F.O.B. | <input checked="" type="checkbox"/> Kał na Lambie ELISA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał na pasożyty 1 próba | <input checked="" type="checkbox"/> Kał na Rota i Adenowirusy | |

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokcie nogi | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokcie ręki | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzieliła | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeszkrobiny skórne | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z gardła – posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z migdałka – posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z jamy ustnej – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdż. | | |

Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Digoksyna | <input checked="" type="checkbox"/> Ołów |
|---|--|

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- | | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP – test paskowy | <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza badanie glukometrem | <input checked="" type="checkbox"/> Troponina – badanie paskowe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol badanie paskowe | | |

Diagnostyka obrazowa**Badania elektrokardiograficzne:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie EKG – spoczynkowe | <input checked="" type="checkbox"/> Zakończenie standardowego* Holtera EKG w gabinecie | <input checked="" type="checkbox"/> Zakończenie Holtera RR w gabinecie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* próba wysiłkowa | | |

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej):

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki oczodoły | <input checked="" type="checkbox"/> RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG miednicy i stawów biodrowych |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG oczodołów + boczne (2 projekcje) | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości skroniowych transorbitalne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG mostka AP |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki PA + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości skroniowych wg Schullera / Steverssa | <input checked="" type="checkbox"/> RTG mostka / boczne klatki piersiowej |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki PA + bok + podstawa | <input checked="" type="checkbox"/> RTG piramid kości skroniowej transorbitalne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG żuchwy |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki podstawa | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG zatok przynosowych |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki półosiowe wg Orleya | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA | <input checked="" type="checkbox"/> RTG żeber (1 strona) w 2 skosach |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki siodło tureckie | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA obu | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka boczne |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki styczne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palec / palce PA + bok / skos | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka boczne – obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka PA + bok |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG twarzoczaszki | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości hodeczkowej | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka PA + bok obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej inne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stopy AP + bok / skos | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA + skos |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej na leżąc | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stopy AP + bok / skos obu | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA + skos obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej na stojąco | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stóp AP (porównawcze) | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości śródstopia | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej – RTG tomograf | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palca / palców stopy AP + bok / skos | <input checked="" type="checkbox"/> RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG pięty + osiowe | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej bok z barytem | <input checked="" type="checkbox"/> RTG pięty boczne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej inne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości krzyżowej i guzicznej | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG nosa boczne | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego AP |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG podudzia (goleni) AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego AP obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG podudzia (goleni) AP + bok obu | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego osiowe |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG uda + podudzia | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego AP + bok |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości udowej AP + bok lewej | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego AP + bok obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości udowej AP + bok prawej | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego boczne |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia – osiowe | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego skosy | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu łokciowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia – osiowe obu | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) | <input checked="" type="checkbox"/> Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego skosy | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nosogardła |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG przedramienia AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego | <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku (przez klatkę) |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG przedramienia obu przedramion AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) | <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku AP + osiowe |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG łokcia / przedramienia AP + bok | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) | <input checked="" type="checkbox"/> RTG obojczyka |
| | <input checked="" type="checkbox"/> RTG łopatk | |

Badania ultrasonograficzne:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> USG jamy brzusznej | <input checked="" type="checkbox"/> USG układu moczowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG piersi |
|--|--|--|

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> USG tarczycy | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG tkanki podskórnej (tuszczaki, włókniaki etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG prostaty przez powłoki brzuszne | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego) | <input checked="" type="checkbox"/> USG krwiaka pourazowego mięśni |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne transwaginalne | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic nerkowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG węzłów chłonnych |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG nadgarstka |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG narządów moczny (jąder) | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów biodrowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ślinianek | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia) | <input checked="" type="checkbox"/> USG śródstopia |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG transrektalne prostaty | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu kolanowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG rozcięgna podszewowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu łokciowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów śródreczęcia i palców |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic kończyn dolnych | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu skokowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG ścięgna Achillesa |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic kończyn górnych | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu barkowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG układu moczowego + TRUS |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler żył kończyn dolnych | | <input checked="" type="checkbox"/> USG przeciemiążczkowe |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler żył kończyn górnych | | <input checked="" type="checkbox"/> Echokardiografia – USG serca |

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anoskopia | <input checked="" type="checkbox"/> Sigmoidoskopia | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroskopia (z testem ureazowym) | <input checked="" type="checkbox"/> Kolonoskopia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rektoskopia | | |

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy angio głowy | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy+ angio | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy twarzoczaszki | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy zatok | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo-biodrowych |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu barkowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia |
| | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki |

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa głowy | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy) | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa zatok | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa oczodołów | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa nadgarstka |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa szyi | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa krtani | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stopy |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa uda |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa podudzia |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) | | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa przedramienia |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej | | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa ręki |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa | | |

Inne badania diagnostyczne:

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Spirometria bez leku | <input checked="" type="checkbox"/> Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie adaptacji do ciemności |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spirometria – próba rozkurczowa | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie uroflowmetryczne | <input checked="" type="checkbox"/> Pachymetria |
| <input checked="" type="checkbox"/> Audiometr standardowy* | <input checked="" type="checkbox"/> Mammografia | <input checked="" type="checkbox"/> EEG standardowe* w czuwaniu |
| <input checked="" type="checkbox"/> Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej) – screening | <input checked="" type="checkbox"/> Mammografia – zdjęcie celowane | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Komputerowe pole widzenia | |

Uwaga:

W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. O ile nie zaznaczono inaczej diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Prowadzenie ciąży

Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez Lekarza w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED zgodnie ze standardami LUX MED i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu

w następującym zakresie:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży | <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne | <input checked="" type="checkbox"/> Total Beta-hCG |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza na czczo | <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwiła (zastępuje P / ciała anty Rh / - /) | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy w kierunku GBS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgG | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgM | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estriol wolny | <input checked="" type="checkbox"/> Serologia kłby podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) | <input checked="" type="checkbox"/> USG ciąży |
| <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ab / przeciwiła | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy | <input checked="" type="checkbox"/> USG ciąży transwaginalne |
| <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ag / antygen | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgG | <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne |
| <input checked="" type="checkbox"/> HCV Ab / przeciwiła | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgM | <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne transwaginalne |
| <input checked="" type="checkbox"/> HIV I / HIV II | | |

Uwaga:

Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Pacjentce przez ambulatoryjną Placówkę medyczną wskazaną przez LUX MED. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu usług, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Pacjentki, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem usług.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Stomatologia

Przegląd stomatologiczny

Usługa wykonywana przez Lekarza przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, obejmuje 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ocenę stanu uzębienia i higieny jamy ustnej w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

Wizyty domowe

Usługa jest **limitowana do 3 wizyt w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy** i obejmuje zakres: interny, pediatrii lub medycyny rodzinnej i jest realizowana w miejscu zamieszkania Pacjenta, wyłącznie w przypadkach uniemożliwiających Pacjentowi przybycie do ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED z powodu nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających Pacjentowi zgłoszenie się do placówki nie zalicza się: niedoładnego dojazdu do placówki, wypisania recepty lub zwolnienia.

Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru Lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny (wskazany przez LUX MED), na podstawie uzyskanego wywiadu. Wizyty domowe są dostępne w granicach administracyjnych miast oraz ich okolicach, w których występują ambulatoryjne Placówki medyczne wskazane przez LUX MED dla tej usługi – szczegółowy zasięg terytorialny opisany jest na www.luxmed.pl.

Program ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA

LUX MED oferuje Pacjentom możliwość udziału w programie **ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA**, dzięki któremu łatwiej będzie prowadzić zdrowy styl życia.

Zdrowy styl życia to uniwersalna recepta na zachowanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Każdego roku LUX MED włącza się w różnego typu akcje profilaktyczne, patrolując bardzo wielu imprezom sportowym i rekreacyjnym, zapoznaje z najnowszymi osiągnięciami medycyny i poprzez kwartalnik wydawany przez LUX MED stara się przybliżyć nawet najtrudniejsze problemy dotyczące zdrowia.

Program **ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA** daje możliwość skorzystania z rabatów i ofert specjalnych przygotowanych przez firmy partnerskie świadczące usługi okołozdrowotne (odnowa biologiczna, fitness, kosmetyka).

Z uwagi na to, że oferta stale się rozszerza aktualne informacje znajdują się zawsze na stronie www.luxmed.pl