**Załącznik nr 3**

*Załącznik nr 10 do zarządzenia Nr 23/2018/DAiS*

*Prezesa NFZ, z dnia 16 marca 2018 r.*

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU ZARZĄDZANIA CHOROBĄ**

……................................................................................................................................

(nazwa jednostki chorobowej)\*

Ja niżej podpisany/podpisana\*\*

……................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam\*\* się z zasadami udziału w programie zarządzania chorobą oraz zaakceptowałem/zaakceptowałam\*\* prawa i obowiązki uczestnika programu zarządzania chorobą.

Jestem świadomy/świadoma\*\* przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w **programie zarządzania chorobą.**

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

…….……………………………………………………….

*Miejscowość, data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy*

*\*Nazwy jednostek chorobowych:*

1. *cukrzyca typu II*
2. *nadciśnienie tętnicze samoistne*
3. *przewlekła choroba wieńcowa*
4. *przewlekła niewydolność serca*
5. *utrwalone migotanie przedsionków*
6. *astma oskrzelowa*
7. *POCHP*
8. *niedoczynność tarczycy*
9. *wole miąższowe i guzowate tarczycy*
10. *choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych*
11. *zespoły bólowe kręgosłupa*

*\*\*Niepotrzebne skreślić*

**Zasady udziału w programie zarządzania chorobą**

*Program jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój -współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego jako projekt grantowy „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa - Model POZPLUS”*

Głównym celem programu zarządzania chorobą jest prowadzenie przez świadczeniodawcę skoordynowanej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Zgodnie z założeniami pilotażu pacjent ma stać się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania w chorobie. W realizacji planu opieki pacjent uzyska wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzą, oprócz lekarza POZ i pielęgniarki, lekarze specjaliści, dietetycy i edukatorzy zdrowotni oraz fizjoterapeuci.

Program zarządzania chorobą dotyczy **wyłącznie wybranych chorób przewlekłych**\*. Lekarz,   
po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania co najmniej jednej z tych chorób, proponuje pacjentowi przystąpienie do programu. Jednak ostateczną decyzję o przystąpieniu do programu podejmuje pacjent. W przypadku gdy stan zdrowia pacjenta nie pozwala na dalszy udział w programie zarzadzania chorobą lekarz może podjąć decyzję o konieczności zakończenia udziału pacjenta   
w programie i powrotu do korzystania z POZ na dotychczasowych zasadach.

**W każdej chwili pacjent ma możliwość zrezygnowania z udziału w programie i powroty do korzystania z POZ na poprzednich zasadach (skierowanie od lekarza POZ do specjalisty AOS)**

W ramach uczestnictwa w programie zarządzania chorobą pacjent **ma prawo do:**

1. Leczenia zgodnie z indywidualnym planem opieki medycznej (IPOM).

IPOM jest opracowany przez lekarza prowadzącego na podstawie oceny stanu klinicznego pacjenta, po przeprowadzeniu niezbędnych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych. Na podstawie IPOM lekarz planuje wizyty (kontrolne, diagnostyczne, profilaktyczne, itp.).

1. Współpracy z koordynatorem, obejmującej m.in. przekazywanie/przypominanie pacjentowi   
   o zaplanowanych wizytach.
2. Szybkich konsultacji specjalistycznych u wskazanych przez lekarza POZ specjalistów: diabetologii, endokrynologii, neurologii, pulmonologii, rehabilitacji medycznej lub ortopedii, kardiologii.
3. Dodatkowej diagnostyki zgodnej z IPOM.
4. Cyklu 3 porad dietetycznych (w razie potrzeby).
5. Edukacji pacjenta (rodziny) w zakresie samokontroli i radzenia sobie z chorobą.

W ramach uczestnictwa w programie zarządzania chorobą pacjent jest **zobowiązany do:**

1. Wyrażenia pisemnej zgody na udział w programie zarządzanie chorobą.
2. Realizacji IPOM zgodnie z zaleceniami lekarza POZ, w tym udział w konsultacjach realizowanych przez specjalistów **wskazanych przez lekarza POZ**.
3. Rezygnacji z możliwości wyboru przez pacjenta lekarza specjalisty w ramach realizacji IPOM.